ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಒಂದು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನ

(ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

(ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಾದರಪಡಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ)

ಸಂಶೋಧಕರು
ಬಿ. ಲೋಕೇಶ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಡಾ. ಎಲ್. ಶ್ರೀನಿವಾಸ
ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು



ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ
ಸಮಾಜವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ - ೫೮೩ ೨೭೬
೨೦೧೬

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಒಂದು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನ

(ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

(ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಪಿಎಚ್.ಡಿ.ಪದವಿಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ)

ಸಂಶೋಧಕರು

ಬಿ. ಲೋಕೇಶ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು

ಡಾ. ಎಲ್. ಶ್ರೀನಿವಾಸ

ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು

ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ

ಸಮಾಜವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

೨೦೧೬

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ಬಿ. ಲೋಕೇಶ ಇವರು ಪಿಎಚ್.ಡಿ.ಪದವಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು: ಒಂದು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನ** (ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)ಎಂಬ ಈ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ **ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ** ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಪದವಿ ಅಥವಾ ಇತರೇ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು

ಡಾ. ಎಲ್. ಶ್ರೀನಿವಾಸ
ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು
ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

ಸ್ಥಳ: ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ
ದಿನಾಂಕ: 21-12-2016

ಸಂಶೋಧಕರ ಘೋಷಣಾ ಪತ್ರ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು: ಒಂದು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನ (ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)ಎಂಬ ಈ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಪಿಎಚ್.ಡಿ.ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ, **ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ,** ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರಾದ **ಡಾ.ಎಲ್.ಶ್ರೀನಿವಾಸ** ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಪದವಿ ಅಥವಾ ಇತರೇ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಂಶೋಧಕರು

ಬಿ. ಲೋಕೇಶ
ಪಿಎಚ್.ಡಿ.ಸಂಶೋಧನ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ
ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

ಸ್ಥಳ : ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ
ದಿನಾಂಕ : 21-12-2016

ಪರಿವಿಡಿ

ಕೋಷ್ಟಕಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು

ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಸ್ವರೂಪ

1.1. ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ

1.2. ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ

1.3. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನ

1.4. ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪ

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು

ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಸ್ವರೂಪ

21ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಪಾರವಾದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅನೇಕ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಕಂಡು ಹಿಡಿದು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅತ್ಯುನ್ನತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನ, ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಹ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲಾಗಿದೆ. ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಔಷಧಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಆದರೆ, ನಮ್ಮ ಜನರ ಅಜ್ಞಾನ ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ ಇವುಗಳು ಕಾಯಿಲೆ ತೀರಾ ವಿಕೋಪಕ್ಕೆ ಹೋಗುವವರೆಗೂ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಅಜ್ಞಾನ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಉದಾಸೀನ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು ಅಡ್ಡ ಬರುತ್ತಿವೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಲಭ್ಯತೆ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯೇ ವಿಫಲತೆಗೆ ಕಾರಣವೆಂಬುವದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು, ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಲಕ್ಷಣ, ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಮನಮುಟ್ಟುವ ಹಾಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜರುಗಬೇಕಾಗಿವೆ.

"ಜನರಲ್ಲಿ ಭಯ ಹುಟ್ಟಿಸಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನಿಂದ ನರಳುವವರು ಅನೇಕ ಕಷ್ಟಕಾರ್ಪಣ್ಯಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಭಯವಿದೆ."[1] ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದರೆ ಸಾವು ಖಚಿತ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಮಾನವನನ್ನು ಕಾಡುವ ಅತಿ ಭಯಂಕರ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿಯೇ ನಿಗೂಢವಾದದ್ದೆಂದರೆ ಬಹುಶಃ ಅದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಾತ್ರ ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಅರಿಯಲು ಅಹರ್ನಿಶಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಒಂದೊಂದು ಶೋಧದಿಂದಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ನಿಜ ಸ್ವರೂಪ ಬಿಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಬಂದಿದ್ದರೂ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಕಗ್ಗಂಟುಗಳು

ಎದುರಾಗುತ್ತಿವೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಕ್ರಾಂತಿಯಾಗಲಿ, ಮುಂದುವರೆದ ವಿಜ್ಞಾನವಾಗಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಕುರಿತಾದ ಮಾನವನ ಭಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಸಫಲವಾಗಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನವೇ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಸಂಕಟಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿದಂತಾಗಿದೆ. ಆಗಾಧವಾದ ಜ್ಞಾನವೇ ನಮ್ಮ ಮುಂದಿದ್ದರೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮುಂದೆ ನಾವಿನ್ನೂ ಆರಂಭಿಕ ತಿಳವಳಿಕೆಯನ್ನೇ ಪಡೆದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕ್ಷುಲ್ಲಕವಾಗಿದ್ದೇವೆ. ಈ ರೋಗ ಬಂದಿರುವುದಕ್ಕೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಇದುವರೆವಿಗೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಅನೇಕ ನವೀನ ರೀತಿಯ ಮತ್ತು ಸುಧಾರಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿ ಸಮಯೋಚಿತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಿಂದ ಅಕಾಲ ಮರಣಕ್ಕೀಡಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆದು ರೋಗಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಬದುಕುವ ಗರಿಷ್ಠ ವಯೋಮಾನದ ಮಿತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. "ಬೇಗ ಪತ್ತೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಾಪತ್ತೆ"[2] ಎನ್ನುವ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಪ್ರಚಾರ ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

1.1. ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ

ಇಂದಿನ ದಿನಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮಾರಕ ರೋಗವೆಂದು ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯರು ತಿಳಿದಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಿಂದ ಮಾನವ ಸಮಾಜದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಪರಿಹಾರ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದೇ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಗಳು ಇದ್ದರೂ ಕೂಡ ನಮ್ಮ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಅಜ್ಞಾನ, ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವೂ ಸಹ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯಕ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುವ ಮತ್ತು ಪ್ರಚೋದಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದೂ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮಿಣ ಹಾಗೂ ನಗರವನ್ನಳಗೊಂಡ ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಆಳವಾದ ಅಧ್ಯಯನವೇ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿದ್ದರೂ ಇದು ಕುಟುಂಬ ಸಮಾಜ ಸಮುದಾಯದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು,

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಿಂದ ಅದರ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಆಳವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಿ ಶೋಧನೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದೇ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಮತ್ತೊಂದು ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಉದ್ಭವಿಸುವ ರೀತಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಕುರಿತು ಹೊಸ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುವುದೆ ಈ ಮಹಾ ಪ್ರಬಂಧದ ಉದ್ದೇಶ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಪರಿಸರಗಳು ಹೇಗೆ ದೈಹಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸದ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮತ್ತೊಂದು ಉದ್ದೇಶ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಬಂಧ ಸಂಶೋಧನೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ಹೆಚ್ಚು ಆಂಗ್ಲ ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗದ ಅರಿವು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ, ಅಂದರೆ, ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡಿಗರಿಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಕೂಡ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರೇರಣೆಯಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈಗಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ಅರಿವು ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ತೃಪ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಇನ್ನೊಂದು ಮುಖವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸವಲತ್ತುಗಳು ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಅನೇಕ ಉದ್ದೇಶಗಳನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಆರ್ಥಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವು, ಮನೋಭಾವ, ಅಭ್ಯಾಸದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವನ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.
4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ.
5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಂತ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ.

6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲ ದೊರೆತ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ.

7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.

8. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಸಿಗುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು.

ಹೀಗೆ ಅನೇಕ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಆರ್ಥಿಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಅಧ್ಯಯನ

ರೋಗಿಯು ಯಾವ ವಯೋಮಾನದವರು ಯಾವ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿ ಯಾವ ವಿಧದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಲಿಂಗ ವರ್ಗೀಕರಣ ಮಾಡಿ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಯಾವ ವಿಧದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚು, ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಯಾವ ವಿಧದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚು ಬರಬಹುದಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದು, ಅದರ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸಹ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನದ ದಾಖಲೆಯಿಂದ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಅನೇಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಮತ್ತು ಆತನ ಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಅವಿಷ್ಕಾರದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ಮೌಢ್ಯಗಳು, ಅಜ್ಞಾನ, ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ, ಶಿಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಅಶಿಕ್ಷಿತ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನಾವು ಇಲ್ಲಿ ತುಲನೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗ ಬರುವ ಕಾರಣಗಳು, ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಧಾರ್ಮಿಕ ಅಂಶಗಳು ಬೀರುಬಹುದಾದ ಪರಿಣಾಮ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಮತ್ತು ರೋಗದಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗುವ ಆಚರಣೆಗಳನ್ನು ನಾವು ರೋಗಿಗಳ ಧಾರ್ಮಿಕ ಅಂಶಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಸಂರಚನೆ, ಅವರ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅವರ ವೃತ್ತಿ, ವೃತ್ತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳು, ಅವರ ಉದ್ಯೋಗ, ಅವರ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಕುಟುಂಬದ ದುಡಿಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮುಂತಾದ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಬಂದಿದ್ದಾನೆ, ಅವರ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವವರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಾವು ತಿಳಿಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನದ ಮೂಲವನ್ನು ನಾವು ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅವರ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಕಾರಣವಾಗುವ ಸುದ್ದಿಮಾಧ್ಯಮದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಇದಲ್ಲದೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ, ಆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಯಾರಿಗಾದರೂ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ರೋಗಗಳ ಇತಿಹಾಸ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದಿರುವ ಅಂಶ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿದ ವಿವರ, ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ದಿನಗಳಿಂದ ರೋಗಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಯಾವ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾತೃಭಾಷೆ ಅವರು ಯಾವ ಧರ್ಮದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಯಾವ ಧರ್ಮದವರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ವಾಸಸ್ಥಳವು ನಗರಪ್ರದೇಶವೇ, ಗ್ರಾಮೀಣಪ್ರದೇಶವೇ ಅಥವಾ ಕೊಳಚೆಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಬಂದವರೇ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಯು ಯಾವ ವಿಧದ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ, ಸಣ್ಣಕುಟುಂಬ, ಅವಿಭಕ್ತ ಕುಟುಂಬ, ಒಂಟಿ ಕುಟುಂಬ, ಹೀಗೆ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ವಿಧಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವೃತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಕೂಡ ಇಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಭೌಗೋಳಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವು ಅವರ ಮನೋಭಾವ ಅಭ್ಯಾಸದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನೊಳಗೊಂಡಂತೆ ಏಡ್ಸ್, ಕ್ಷಯ, ಕುಷ್ಠರೋಗ, ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವನ್ನು ಮತ್ತು ಈ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಇರುವ ಮನೊಭಾವ ಮತ್ತು ಭಯವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗುವುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಅರಿವು ಕಾಯಿಲೆ ಬರುವ ರೀತಿ ಕಾರಣಗಳು ಅದರ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲಾಗುವುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಭಯ, ಕಾಯಿಲೆ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅನಿಸಿಕೆಗಳು ಸಮಾಜದಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅರಿವನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗುವುದು. ಇದಲ್ಲದೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇರಬಹುದಾದ ಇತರೆ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲಾಗುವುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಕುರಿತು, ಅದರ ಹುಟ್ಟು, ಹರಡುವಿಕೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರು ಯಾರಿಂದ ತಿಳಿದುಕೊಂಡರು? ಮನೆಯ ಅಕ್ಕ ಪಕ್ಕದವರಿಂದ, ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ, ಬಂಧುಗಳಿಂದ, ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು, ದಿನ ಪತ್ರಿಕೆಗಳಿಂದ, ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಮಾಧ್ಯಮದಿಂದ ಅಥವಾ ಅವರನ್ನು ನೋಡಿದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನದ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಅಂಟುರೋಗವೆ? ಅದು ಅನುವಂಶೀಯವಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆಯೇ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆಯೇ ಅಥವಾ ನಾವು ದಿನ ನಿತ್ಯ ತಿನ್ನುವ ಆಹಾರದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆಯೇ ಅಥವಾ ನಾವು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಟ್ಟ ಚಟಗಳಾದ ಧೂಮಪಾನ, ಮಧ್ಯಪಾನದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆಯೋ, ತಂಬಾಕಿನ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಬರುವುದೇ ಎಂಬ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ನಾವು ತೆಗೆಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಎಕ್ಸ್-ರೇಯಿಂದ, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆಯೇ ಎಂಬ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅಲ್ಲದೆ ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಅರಿವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಜನನಾಂಗಗಳ ಶುಚಿತ್ವದಿಂದ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದರ ಬಗ್ಗೆ, ಅತಿಯಾದ ಸೂರ್ಯನ ಬಿಸಿಲಿಗೆ ಮೈ ಒಡ್ಡುವುದರಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ದಿನನಿತ್ಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಕೊಬ್ಬಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೇ, ಮಧ್ಯಪಾನವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸದೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವಲ್ಲದೆ ನಾವು ದಿನನಿತ್ಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ನಾರಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಕೆಲವು ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೇ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ರೋಗಕಾರಣಗಳ ಕುರಿತು ಅರಿವು ಅವರಲ್ಲಿ ಇದೆಯೇ ಎಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅಂದರೆ, ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ, ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಬೋನ್‌ಮ್ಯಾರೋ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ನಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಕೊಡಿಸುವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಮುಖರಾಗುವ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಬೇಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸುವುದರಿಂದ ಆಗುವ ಅನುಕೂಲತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ನಿರಂತರ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆ, ಮಾನಸಿಕ ದೃಢತೆ ತುಂಬುವುದರಿಂದ ಆಗುವ ಅನುಕೂಲತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಏನನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಹಾರ್ಮೊನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆಯುರ್ವೇದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವನಸ್ಪತಿ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ವಿಧಿವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ಗಾಬರಿ ಭಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಮನೋಭಾವ ಹೇಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಧರ್ಮಾಚರಣೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಿಂದಿನ ಜನ್ಮದ ಪಾಪದಿಂದ ಬರುವಂತಹ ಕಾಯಿಲೆ– ಎಂಬ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಯ ಮನಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮನೋವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಅತಿ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಇದು ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೆ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆಯೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಬರುವುದು ಕಡಿಮೆಯೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಉನ್ನತ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಹೋಗಲಾಡಿಸಬಹುದೇ, ಮ್ಯಾಜಿಕ್ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಿಂತ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಇದಯೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಶಾಪಗ್ರಸ್ಥ ಕಾಯಿಲೆಯೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲವೇ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ ಇಲ್ಲದೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಿಲ್ಲವೇ. ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ದೂರವಿಡಬೇಕೇ ಎಂಬ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮನೋಭಾವ ಹೇಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವನದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನೋಡಿದಾಗ ಯಾವ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದೆಂಬ ಮನೋಭಾವ ಇರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಸ್ಕಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕೆಮಿಕಲ್ ಬ್ಯೂಟಿ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಧೂಮಪಾನ, ಮಧ್ಯಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದಿರುವುದರಿಂದ, ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ,

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಅಭ್ಯಾಸದ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ ಕೆಲವು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಇರುವ ಅಭ್ಯಾಸದ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಅರಿಯಲು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ, ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸ್ವಂತ ಬಾಯಿ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸ್ವಯಂಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ ಇರದಿದ್ದರೆ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ. ನೋವು ಕಾಣಿಸದ ಹೊರತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವುದು ನಮಗೆ ತುಂಬಾ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ನೋವಾಗುತ್ತದೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೆಂದರೆ ಭಯ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಪ್ರಾರ್ಥನೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು, ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಲಹೆ, ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಧ್ಯಾನತೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರದಂತೆ ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ಅರಿವು, ಅವರ ಮನೋಭಾವ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವನ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಅಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಗ್ರಹಿಸಲು 'ಅಧಿಕ ಒತ್ತಡ', 'ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ' ಮತ್ತು 'ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ' ಎಂಬ 3 ರೀತಿಯ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ ಕಾರಣ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಯಾವಾಗ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದು ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬೇಕಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಅವಕಾಶ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು ಮತ್ತು ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶ ಎನೆಂಬುದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ವೇಳಾ ಪಟ್ಟಿಯ ಬದಲಾವಣೆ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರು, ಬಂಧುಗಳು ಬಾರದಿರುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ವಾಸಸ್ಥಳದಿಂದ ದೂರ ಇರುವುದು, ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ತುಂಬಾ ಚಳಿ ಅಥವಾ ತುಂಬಾ ಸೆಖೆ ಇರುವ ವಾತಾವರಣದ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿರುವುದು, ರುಚಿ ಇಲ್ಲದ ಆಹಾರ ಅಥವಾ ತಣ್ಣಗಾದ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದು, ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವುದು – ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ

ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನಿಂಟುಕೊಂಡು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಬಂಧವು ಹೇಗೆ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದಾಗ ಶುಷ್ರೂಷಕಿ ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು, ವೈದ್ಯರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು, ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶೂಶ್ರುಷಕರು ಸೇರಿದಂತೆ ಅಪರಿಚಿತ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಆರೈಕೆ, ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಆತುರ ಮಾಡುವುದು, ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು, ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಷ್ರೂಷಕರು ಅರ್ಥವಾಗದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾತನಾಡುವುದು, ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಿರದಿರುವುದು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಅದೇ ರೂಮಿನಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತರು ಮಲಗಿರುವುದು, ಅಪರಿಚಿತ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು, ಸ್ನಾನ ಮಾಡಲು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿರುವುದು, ಇಡೀ ದಿನ ಅದೇ ರೂಮು ಅದೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಪಕ್ಕದ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿ ಇರುವುದು ಅಥವಾ ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯ ಆತನೊಂದಿಗೆ ಮಾತನಾಡಲಾಗದೇ ಇರುವುದು, ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನೋಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಕರು ಬರುವುದು, ಅವರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನಲ್ಲಿ ಅಸಹಜವಾದ ವಾಸನೆಗಳು ಬರುತ್ತಿರುವುದು, ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯು ಸ್ನೇಹಪರವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಖರ್ಚಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಹಣ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಯಾವ ಮಟ್ಟದ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಗ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಅರಿಯಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯು ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರಹೊದ ನಂತರ ಇತರರು ನನ್ನನ್ನು ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣದೇ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ, ತಪಾಸಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರಣ ನೋವು ಬರಬಹುದು ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆ ರೋಗಿಗೆ ಔಷಧಿಸೇವನೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುವುದು, ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸ ಅಥವಾ ಆದಾಯ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಂತೆ, ಔಷಧಿಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತ ನಾಗಿದ್ದೇನೆಂಬ ಭಾವನೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿದುಬರುವುದು, ಏಕಾಏಕಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ

ದಾಖಲಾಗಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದದ್ದು, ನಳಿಕೆ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದು, ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸಿದರೂ ನೋವು ನಿವಾರಣೆ ಆಗದಿರುವುದು, ಕುರುಡ ಮತ್ತು ಕಿವುಡನಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆತಂಕ, ದೇಹದ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಅಂಗ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುವುದೆಂಬ ಚಿಂತೆ, ಅಪರಿಚಿತ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಸುತ್ತ ಮುತ್ತ ಇರುವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ರೋಗಿಯಿಂದ ದೂರ ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳು ಮತ್ತು ರಜಾ ದಿನಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವುದು, ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಶೇಷ ಸಂದರ್ಭಗಳು ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು, ಕುಟುಂಬದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ವಿಷಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿಯಬೇಕಾದ ಸಲುವಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಕೆಲಸವನ್ನು ಬಿಡಬೇಕಾದಾಗ ಅಥವಾ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗದೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಾಗ ಅವರು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವೇತನವು ಕುಟುಂಬದ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹೇಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯ ವುಂಟಾದ ಕಾರಣ ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಾಟಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳಿಯ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿರುವುದು ಕುಟುಂಬದ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹೇಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಆದ ವೆಚ್ಚ ಎಂದರೆ ಸಂಬಂಧಿಕರು ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುವುದು, ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ದಾದಿ ಅಥವಾ ಸೇವಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು, ಹೀಗೆ ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದು.

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾದ ಸಾಲಗಳು ಮತ್ತು ಉಳಿತಾಯಗಳು ಮಾಡಿದ ಸಾಲದ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಸಾಲ ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಯಾವುದಾದರು ಉಳಿತಾಯ ದಿಂದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಯಾವುದಕ್ಕಾಗಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯ ಮೇಲೆ ಬೀರಿದ ಅಂಶಗಳು ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಯೋಚಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಉದಾ: ಮದುವೆ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆಗಳು, ಪ್ರಯಾಣ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯು ಕುಟುಂಬದ ದುಡಿಯುವ ಸದಸ್ಯನಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಕುಟುಂಬವು ಹೇಗೆ ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗಿದೆ? ರೋಗಿಯು ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲವಾದ ಕಾರಣ ಆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ತೊಂದರೆ, ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ನಿತ್ಯ ಸಮಯ ಮೀಸಲಿಡಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಗೆ ತೊಡಕು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳು, ಅಂದರೆ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನೊಂದಿಗೆ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸದಾ ತನ್ನೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುವುದು.

ರೋಗಿಯು ತಾನು ನಿದ್ರಿಸದೆ, ಬೇರೆಯವರನ್ನು ನಿದ್ರಿಸಲೂ ಬಿಡದೆ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಒಡೆಯುವುದು, ಹಿಂಸಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು, ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವ, ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕೊಳ್ಳಗಾಗುವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗುವಲ್ಲಿ, ಅವರ ಊಟೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಹೇಗೆ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ವಿರಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಹೇಗೆ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಮನೋರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ಕಾಯಿಲೆಯು ಕುಟುಂಬದ ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ರಜೆ ಮತ್ತು ಬಿಡುವಿನ ಸಮಯವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ, ಕುಟುಂಬದ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರನ್ನೊಂದುಗೂಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಹಬ್ಬ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ವಿರಾಮದ ಪ್ರವಾಸ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ರೋಗಿಯ ರೋಗ ಕಾರಣ ದಿಂದಾಗಿ ಕೈ ಬಿಡಲಾಗಿರುವ ಅಂಶಗಳು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ, ಅಂದರೆ, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಅಪಾರ್ಥಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಅಂಶಗಳು, ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಪರಸ್ಪರ ವಾಗ್ವಾದದದಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು, ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಯಾರು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು? ವೆಚ್ಚ ಯಾರು ಭರಿಸಬೇಕು? ಯಾರು ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು? ಎಂಬ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳು, ರೋಗಿಯ

ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ರೋಗ ಪರಿಸ್ಥಿಯನ್ನು ನೋಡಿ ಅಥವಾ ರೋಗ ಭಯದಿಂದಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಅಥವಾ ನೆರೆ ಹೊರೆಯವರು ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿರುವ ಅಂಶ, ಕುಟುಂಬವು ಬೇರೆಯವರಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಅಂಶ, ಅವಮಾನವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯದ ಕಾರಣ, ಇತರರು ತಪ್ಪು ತಿಳಿದಾರು ಎಂಬ ಕಾರಣದಿಂದ ಬೇರೆಯವರು ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಯಲು ಹಿಂಜರಿ ಯುವುದು.

ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ಅಥವಾ ಹೊರಗಿನ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಮತ್ತು ನೆರೆಯೊವರೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಗಳು ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸಂಗಾಂತಿಯು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿರುವುದು, ಎರಡು ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ಜಗಳ, ಆಸ್ತಿ ಹಕ್ಕಿನ ಜಗಳ, ಪೊಲೀಸರ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಆಗುವ ಮುಜುಗುರ– ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಹೇಗೆ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಹೇಗೆ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತೆಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಈ ಅಂಶಗಳು ನಮಗೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮ ದೈಹಿಕ ತೂಕವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಶ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವ ಅಂಶ ಅಥವಾ ಈಗಾಗಲೇ ಇದ್ದ ಖಾಯಿಲೆ ಇನ್ನೂ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿರುವ ಅಂಶಗಳು, ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಗಾಯಗೊಂಡಿರುವುದು, ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಈಡಾಗಿರುವುದು ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು ರೋಗಿಯ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯ ಪ್ರಯತ್ನ ಕಾರಣ ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಅವಿಧೇಯತೆಯ ಕಾರಣ ಭವಿಷ್ಯದ ಕುರಿತಾಗಿ ಚಿಂತೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ತಜ್ಞರ ಸಹಾಯ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಶಗಳು, ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ತಮ್ಮ ನಿದ್ರೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಅಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತಲುಪಿ ಕಿರಿಕಿರಿ ಉಂಟಾಗಿ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು, ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯ ಬಯಕೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದು–ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳ ಗೊಂಡಿದೆ.

5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಂತ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಂತ ಅಂಶಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಅಡಗಿವೆ. ರೋಗಿಗೆ ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಿದೆಯೋ ಇಲ್ಲವೋ ಎಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಒಳಿತಿಗಾಗಿ ಏನೆಲ್ಲ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಒಳ್ಳೆಯ ಉಪಾಯಗಳ

ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯು ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಅನೋನ್ಯವಾಗಿರುವ ಅಂಶ, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯು ಆತ್ಮೀಯವಾಗಿ ಮಾತನಾಡುವ ಹಾಗೂ ಅವರ ಭಾವನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅವನ ಆಲೋಚನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹರ್ಷ ವ್ಯಕ್ತ ಪಡಿಸುವ ಅಂಶ, ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಂಶ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒದಗಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿರುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ತನಗೆ ಬೇಜಾರಾದಾಗ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಅವಲಂಬನೆ, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬವು ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸುವುದು, ರೋಗಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಅಂಶ, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಕೌಟುಂಬಿಕ ವಿಷಯಗಳ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ವರ್ತಿಸುವ ರೀತಿ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ-ವಿನಿಮಯದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಏನೆಲ್ಲ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂದು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ, ರೋಗಿಯ ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಂಡಾಗ ಅದು ಅಹಿತಕರ ಎನಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ಒಡನಾಟದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ದೂರ ಇರಬಯಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವನ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬವು ಇನ್ನೂ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕೆಂದು ಆಶಿಸುವ ಅಂಶ, ಹೀಗೆ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ದೊರೆತ ಬಗ್ಗೆ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಬೆಂಬಲವಲ್ಲದೆ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಂತಿರುವ ಅನೇಕ ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಆ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗಿಗೆ ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಅವನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಅವನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹೇಗೆ ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ಆಲೋಚನೆಗಳಿಗೆ ಅವನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಸ್ಪಂದಿಸುವ ರೀತಿ, ರೋಗಿಯ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಅವನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಅಸಮಾಧಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಸ್ನೇಹಿತರ ಗುಂಪಿನಿಂದ ನಾನು ದೂರ ಸರಿಯುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ, ರೋಗಿಯು ಬೇಜಾರಾದಾಗ

ತನ್ನ ಕಷ್ಟ-ಸುಖ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲು ಸ್ನೇಹಿತರಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ಅನೇಕ ವಿಷಯಗಳು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ಬೇಕು-ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆಯು ರೋಗಿಯ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಇರುವ ಅಂಶ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ರೋಗಿಯ ಬಳಿಗೆ ಬರುವ ಅಂಶ, ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ರೋಗಿಯ ಸ್ನೇಹಿತರು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅನೇಕ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ, ಸ್ನೇಹಿತನಿಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ಕುರಿತು ರೋಗಿಯ ಸ್ನೇಹಿತರು ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವದರಿಂದ ಅಹಿತ ಎನಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಸ್ನೇಹಿತರು ಸದಾ ಇರಬಯಸುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದ ಸಹಾಯವನ್ನು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವನೆಂಬ ಭಾವನೆ.

ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬೇರೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವಷ್ಟು ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ತಾನು ಹೊಂದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಭಾವನೆ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗಾಗಿ ಏನನ್ನಾದರು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬ ಉಪಾಯಗಳು, ಸ್ನೇಹಿತರು ಈಗಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ರೋಗಿಯು ಬಯಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ರೋಗಿಯು ರೋಗ ಪೀಡಿತನಾಗಿ ಕೆಲವು ದಿನಗಳನ್ನು ಕಳೆದಾಗ ಅವನಿಗೆ ಏನೆಲ್ಲ ಭಾವನೆಗಳು ಬರುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಭೌತಿಕ ದೇಹಾರೋಗ್ಯ ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಿಂದ ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಶಕ್ತಿಚೈತನ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿ ನೋವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವ ಅಂಶ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಚಿಂತಿಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅಸಹಾಯಕತೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ಬಲವಂತವಾಗಿ ಕಾಲ ತಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸೌಖ್ಯಗಳ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ತಾನು ದೂರವಾಗಿದ್ದೇನೆ ಭಾವನೆ ಬಂದಿರುವ ಅಂಶ, ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ತಾನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬವು ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಬಗ್ಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸಂವಹನವು ಹೇಗಿದೆ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಆತ್ಮೀಯತೆಯ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಲೈಂಗಿಕ ಜೀವನದ

ತೃಪ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಯು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ವಿಶ್ವಾಸದ ಬಗ್ಗೆ, ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಅಭ್ಯವಿರುವ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕೂಡಿದೆ. ರೋಗಿಯ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಅವನು ದುಃಖಿತನಾಗಿರುವ ಬಗ್ಗೆ, ಅವನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧದ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ತಾನು ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ರೋಗಿಯು ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಿಂದ ತಾನು ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥನಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಜೀವನವನ್ನು ನಾನು ಅನುಭವಿಸಲು ಸಮರ್ಥನಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸುವ ಅಂಶ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯನ್ನು ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸುವ ಅಂಶ, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕುರಿತು ತೃಪ್ತಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

8. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಿಗುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವು, ಅವರಿಗೆ ಸಿಕ್ಕ ಉಪಯೋಗ ನೋಂದಣಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆಗುವ ಉಪಯೋಗಗಳು, ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಿಭಾಗದ ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ, ಮತ್ತು ಅವರಿಂದ ಸಿಗುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಇರುವ ಉಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಗಳ ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟ–ಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸಿದ ಬಗ್ಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಅಂಟಿಸಿರುವ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಅಳವಡಿಸಿರುವ ಸೂಚನಾ ಫಲಕಗಳಿಂದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ, ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೆಚ್ಚ ಉಚಿತಗೊಳಿಸಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯ ನೀಡಿದ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಕೊಂಡ ಅನೇಕ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ತಿಳಿದ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ತಿಳಿದ ಬಗ್ಗೆ, ಅನೇಕ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಿಗುವ ಸಿದ್ಧಮಾಹಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸುವ ಬಗೆಗಳು, ರಕ್ತನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು

ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ, ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವಿನಿಮಯ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ, ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚ ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಔಷಧಿ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದಿಂದ ಉಚಿತ ಔಷಧಿ ದೊರೆತ ಬಗ್ಗೆ, ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಹಾರ ದೊರೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ, ಇತರ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲ ಹಾಗೂ ಅವರಿಂದ ಸಿಗುವ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ರೈಲು ಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಮನಶ್ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಸಿಗುವ ಪ್ರಯೋಜನದ ಬಗ್ಗೆ, ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ವಾಕ್‌ಶ್ರವಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸೇವೆಯು ದೊರೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಭೌತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ (ಫಿಜಿಯೋಥೆರಪಿ) ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಿಗುವ ಉಚಿತ ಊಟ ಮತ್ತು ವಸತಿ ಬಗ್ಗೆ, ಧರ್ಮ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ವಿವಿಧ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಮನೋರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿ ದಾಖಲೀಕರಣ ಇವೆಲ್ಲಾ ಈ ಆಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳಾಗಿವೆ.

1.2. ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

1.3. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನ

ತಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುವ ಸೇವೆಗಳು ಸದಾ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿಯೇ ಇರಬೇಕೆಂದು ಎಲ್ಲ ವೃತ್ತಿನಿರತರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಸೇವೆಯು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿರುವಂತೆ ತನ್ನ ವೃತ್ತಿಪರತೆಯನ್ನು ವೃದ್ಧಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಯಾವುದೇ ವೃತ್ತಿಯ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ. ತನ್ನ ವೃತ್ತಿಯ ಘನತೆ–ಗೌರವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬಯಸುವ ಯಾವುದೇ ವೃತ್ತಿಯು, ತನ್ನ ಗ್ರಾಹಕರತ್ತ ತನ್ನ ಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಿತೋರಿಸಲು ಇರುವ ಎಲ್ಲ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ತನ್ನದಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ತನ್ನನ್ನು ತಾನು ವೃದ್ಧಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತದೆ.[3]

ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿರುವ ಕ್ಷೇತ್ರ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳು, ಅಧ್ಯಯನದ ಗುರಿ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಗಳು ಹಾಗೂ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುವ ವೈಧಾನಿಕತೆಯನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನ ವಿನ್ಯಾಸ, ಮಾದರಿ ಸಂಗ್ರಹಣಾ ವಿಧಾನಗಳು

(ಸ್ಯಾಂಪ್ಲಿಂಗ್), ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲು ಅಥವಾ ಹೊರಗಿಡುವುದಕ್ಕೆ ಇರುವ ಆಧಾರಗಳು ಮತ್ತು ಉಪಕರಣಗಳು (ಟೂಲ್ಸ್) ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವು ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಮುಂಚೂಣಿ(ಪೈಲಟ್) ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸಹ ಇಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಆರಂಭದ ಬಗೆ

ಗಮನಿಸುವಿಕೆಗೆ ಒಂದು ಆಧಾರವನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳದೇ ಯಾವುದೇ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಆರಂಭಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಯೇ, ಪ್ರಸ್ತುತ, ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯೂ ಸಹ ಅದಕ್ಕೆ ಹೊರತಾದುದಲ್ಲ. ನಿಜಕ್ಕೂ, ಸಂಶೋಧಕರ ಸಂಚಿತ ವೃತ್ತಿಅನುಭವಗಳ ಬುತ್ತಿಯಿಂದಲೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಆಲೋಚನೆಯು ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದೆ. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವಿನೂತನವಾದ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡ ಸಂಶೋಧಕರು ತಮ್ಮ ಸೇವಾವಧಿಯಲ್ಲಿನ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತಿತರ ತತ್ಸಂಬಂಧಿತ ಘಟನೆಗಳಿಂದ ಗಳಿಸಿದ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಗೆ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಪರಿಹಾರಗಳ ಮೂಲಕ ಸಂಚಿತಗೊಂಡ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಬ್ಬ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನಾಗಿ, ಈ ಸಂಶೋಧಕರು, ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಪುನರ್ವಸತಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸಲಾಗುವ ಗುಂಪು–ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆಗಾಗಿ ಕಿರುಭೇಟಿಗಳು, ಗೋಷ್ಠಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಭೆಗಳನ್ನು (ಸೆಷನ್‌ಗಳನ್ನು) ಸಂಘಟಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಈ ಕಾರ್ಯಗಳಿಂದಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದ್ದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಆರ್ಥಿಕ, ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಶೋಧಕರು ಸಾಕ್ಷಿಯಾದರು. ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ, ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಯಿತು. ಇದಲ್ಲದೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ನಿರಂತರ ಒಡನಾಟವು, ಗ್ರಾಮೀಣ ರೋಗಿಗಳು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಅವರ ಸಹವರ್ತಿಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಭಿನ್ನವಾಗೇನೂ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ನೆರವಾಯಿತು. ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಸಂಶೋಧಕರೊಂದಿಗಿನ ರೋಗಿಗಳ ಒಡನಾಟವು ಹೆಚ್ಚು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿತ್ತು. ಇಂತಹ ಗಮನಿಸುವಿಕೆಗಳ ಅನುಭವ ಉಳ್ಳ ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಉಸ್ತುವಾರಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಸಹ ಈ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿತ್ತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆ

ಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸಿ, ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಶೋಧಕರ ಆಸಕ್ತಿಯು ಮತ್ತಷ್ಟು ಹರಳುಗಟ್ಟಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಂದು ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಲಿ ಅಲ್ಲವಾದರೂ, ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಅವುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವತ್ತ ಮುಂದೆ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಸಹಕಾರಿ ಎಂದು ಈ ಸಂಶೋಧಕರು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನಡೆಸಲಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಬಹುತೇಕ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ

ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯವು ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿ ರೋಗಿಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವತ್ತ ತನ್ನ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಬದಲಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯದ ಆಚರಣೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯೇನೆಂದರೆ–ಪ್ರಮುಖ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಭಾವ ಗಳನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ತಪ್ಪುಕಲ್ಪನೆಗಳು ಮತ್ತು ತಪ್ಪು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು ಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಕೇವಲ ಒಂದು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ದೇಹವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ. ಆತ, ತನ್ನದೇ ಆದ ನಡವಳಿಕೆಗಳು, ಯೋಗ್ಯತೆಗಳು, ಆಸಕ್ತಿಗಳು, ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಭರವಸೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಇರುವ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮವು ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ಮೇಲೆ ಬೀಳುತ್ತದೆ : ಮಾನವಸಹಜ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದ– ಕೆಲಸ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಭಯ, ತಮ್ಮದೇ ಸ್ವಂತ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ಈ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳದಿರುವ ಸಂಭವನೀಯತೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೂ ಸಹ ಬೃಹದಾಕಾರವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ.[4]

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತಿಳಿದಿದ್ದರೂ, ಇನ್ನೂ ಅನೇಕ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಇದ್ದೇ ಇವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾದ ರೋಗಿಗಳ ಅಥವಾ ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಏನು ಎಂಬುದು ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ, ಆತನ ಕೆಲಸದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಆತನ ಭವಿಷ್ಯದ ಮೇಲೆ, ಕೊನೆಗೆ ಆತನ ಸ್ವಂತ ಜೀವನದ ಮೇಲೆಯೇ ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮ ಏನು ಎಂಬುದು ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ. ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗಳು ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಗಳಿರುವ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಕೇವಲ ವಿನಮ್ರ ಆರಂಭಗಳಾಗಿವೆ: ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿ ಗಳೊಂದಿಗಿನ ಮಾನವ–ಸಂಸರ್ಗದ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಕೆಲಸಗಳು ಇನ್ನೂ ಸಾಕಷ್ಟಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆಗೆ ಗಮನವೀಯದಿರುವುದು ಸ್ವಯಂವೈಫಲ್ಯಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದರ ಸಹಾಯದಿಂದ ಈ ಸಂಕಟಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವ ಕರ್ತವ್ಯ ಈ ಸಮಾಜದ್ದೇ ಆಗಿದೆ.

ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುದು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಅಗಾಧವಾದ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಒಂದು ರೋಗ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯವು ಎಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂಬುದರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ, ರೋಗಿಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಅಳತೆಗೋಲಾಗಿ ಸುವ ಬದಲಾಗಿ, ರೋಗಿಯು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ.

ಈ ಸಮಗ್ರ ಅಧ್ಯಯನದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಜ್ಞಾನದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಅಗಾಧ ಅಂತರವನ್ನು ಇಲ್ಲವಾಗಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಈ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅವರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದೆ. ಇದು, ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳ ವಿವಿಧ ಆರ್ಥಿಕ, ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ರೋಗತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಕುರಿತು ಶಿಕ್ಷಣ, ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಅರಿವು ಇತ್ಯಾದಿಗಳಂತಹ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಅಂತಹ ಸೇವೆಗಳ ದಾಖಲೀಕರಣ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟೇ ಆರಂಭಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಗುರಿ

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು, ಒಂದು ರೆಫರಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರುವ, ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳ ವಿವಿಧ ಆರ್ಥಿಕ, ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

1.4 ಅಧ್ಯಯನ ಸ್ವರೂಪ

ಸಂಶೋಧನಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ರಚಿಸಿದ ನಂತರದ ತಾರ್ಕಿಕ ಹೆಜ್ಜೆ ಎಂದರೆ, ಸಂಶೋಧಕ ತನ್ನ ಸಂಶೋಧನಾ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವುದು. ಅಂದರೆ, ಅವನು ಅಥವಾ ಅವಳು ನಡೆಸಬಯಸುವ ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಸಹಿತ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಪರಿಕಲ್ಪನಾ ಸಂರಚನೆಯನ್ನು ಹೇಳಬೇಕು. ಕನಿಷ್ಠ ವೆಚ್ಚ, ಕನಿಷ್ಠ ಶ್ರಮ, ಕನಿಷ್ಠ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಒದಗಿಸುವುದು ಸಂಶೋಧನಾ ವಿನ್ಯಾಸದ ಪ್ರಕಾರ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ, ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು. ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ನಾಲ್ಕು ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು, ಅವೆಂದರೆ 1. ಪರಿಶೋಧನೆ, 2. ವಿವರಣೆ, 3. ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು 4. ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣ.[5] ಸಂಶೋಧನಾ ವಿನ್ಯಾಸವು, ನಿಜಕ್ಕೂ, ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹತೆಯ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ಇದೇ ಇಡೀ ಸಂಶೋಧನಾ ಕಾರ್ಯದ ಭದ್ರ ಅಡಿಪಾಯವಾಗಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ತಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಎದುರಾದ ವಿವಿಧ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೇಗೆಲ್ಲಾ ಎದುರಿಸಲಾಯಿತು? ಅವುಗಳ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳೇನಿದ್ದವು? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರ ರೂಪದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಅನುಭವಗಳ ವಿವರಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ಹೊರತರುವ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ವಿನ್ಯಾಸವು, ಪ್ರಸ್ತುತ, ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ವಿನ್ಯಾಸದ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗೆ ಸಂಶೋಧಕ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವಿವಿಧ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಮತ್ತು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ದತ್ತಾಂಶವು (ಡೇಟಾ) ಸೃಜನೆಗೊಳ್ಳಲು, ಅವರು, ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇಲ್ಲದಂತೆ, ಈ ಎಲ್ಲ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಉಪಕರಣಗಳು ವಿವರಣೆ; ಮತ್ತು, ಅವುಗಳ ಅಂಕಿಅಂಶಾತ್ಮಕ ಸಿಂಧುತ್ವ; ಹಾಗೂ, ದತ್ತಾಂಶಗಳನ್ನು ಸೃಜಿಸಲು ಅವುಗಳನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದ ವಿಧಿವಿಧಾನಗಳು;– ಇವುಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಈ ಮುಂದಿನ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಾದರಿಯ ಗಾತ್ರ

ಒಂದು ಮಾದರಿ (ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ರೂಪಿಸಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಮೂಹದಿಂದ (ಯೂನಿವರ್ಸ್) ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾದ ಐಟಂಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಇದು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ರೋಗಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಯ ನಂತರ, ಸಾವು ಸೇರಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ರೋಗಿಗಳು ಬಿಟ್ಟುಹೋಗಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಂಶೋಧಕರು ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿದ್ದಾರೆ. 2016, ಜನವರಿ 1 ರಿಂದ ಆಗಸ್ಟ್ 31ರವರೆಗಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ದಾಖಲಾದವರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ಅರ್ಹತಾ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ 300 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು.

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ, ವಿವಿಧ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು (ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೇಡಿಯೋಥೆರಪಿ, ಕಿಮೋಥೆರಪಿ) ಪಡೆಯಲೆಂದೇ, ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ವಾರ್ಡ್‌ಗೆ ದಾಖಲಾದ ವಿವಿಧ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಒಳರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವಿವಿಧ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳು ಅಧ್ಯಯನದ ಘಟಕಗಳಾಗಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ ಮತ್ತು ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳು.

ರೋಗಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ಮತ್ತು ಹೊರಗಿಡುವ ಮಾನದಂಡಗಳು

1. ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ಮಾನದಂಡಗಳು

- 2016ರ ಜನವರಿ 1 ರಿಂದ ಆಗಸ್ಟ್ 31ರವರೆಗಿನ ಎಂಟು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ದಾಖಲಾದವರು.
- ಎರಡೂ ಲಿಂಗಗಳ (ಸ್ತ್ರೀ ಮತ್ತು ಪುರುಷ) ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ.
- ಗುಂಪಿನ ವಯೋಮಾನ 18 ವರ್ಷಗಳಿಂದ 80 ವರ್ಷಗಳು.
- ಆರೈಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯು ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿತ್ತು.
- ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳು.

2. ಹೊರಗಿಡುವ ಮಾನದಂಡಗಳು

- ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊರತಾಗಿ ಬೇರೆ ರೋಗಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳು.
- 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಾಯದ ಮತ್ತು 80 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳು.
- ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು/ ಸ್ನೇಹಿತರು ಜೊತೆಗೂಡಿ ಬಂದಿಲ್ಲದ ರೋಗಿಗಳು.
- ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳು.

ದತ್ತಾಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯ ವಿಧಗಳು

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮೂಲಗಳಿಂದ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಧಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗಿದೆ.

1. ಸಂದರ್ಶನ
2. ಅವಲೋಕನ(ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆ)

ದತ್ತಾಂಶದ ಮೂಲಗಳು

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಾಗೂ ದ್ವಿತೀಯ ಮೂಲಗಳಿಂದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮೂಲಗಳು: ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ಪಡೆದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿಗಳು 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮೂಲ'ದಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟವಾಗಿವೆ. ಈ ವಿಧಾನವು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂದರ್ಶನ ವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಇದನ್ನು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮಾಪಕಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ,

ಸಂಘಟಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಸಂದರ್ಶಕರು ತಾವೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪರಿವೀಕ್ಷಕರಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ದ್ವಿತೀಯ ಮೂಲಗಳು : ಭಾರತೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಗೆ ವಿಶೇಷವಾದ ಒತ್ತುನೀಡಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ವಿವಿಧ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಡೇಟಾವನ್ನು ದ್ವಿತೀಯ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಜ್ಞರು, ಶುಷ್ರೂಷಕರು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನೋಂದಣಿ ತಜ್ಞರು ಮುಂತಾದ, ಸಂಶೋಧಕರ ಅನೇಕ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸೂತ್ರೀಕರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಆಯಾಮಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಳಕುಚೆಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಿಷ್ಕರ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ವಿವರವಾದ, ಸ್ಪಷ್ಟಪದಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಲು ಈ ಚರ್ಚೆಗಳು ಅಪಾರವಾದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ಮುಂದಿನ ಪ್ರಮುಖ ಹೆಜ್ಜೆ ಎಂದರೆ ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ವಿಷಯದ ಕುರಿತಾಗಿ ಈಗಾಗಲೇ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಗ್ರಂಥಗಳು, ಪುಸ್ತಕಗಳು, ನಿಯತಕಾಲಿಕಗಳು, ಲೇಖನಗಳು, ವರದಿಗಳು, ಡಾಕ್ಟರೇಟ್ ಪ್ರೌಢಪ್ರಬಂಧಗಳು, ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಾಹಿತ್ಯ ಮತ್ತು ಅಂತರಜಾಲ (ಇಂಟರ್ನೆಟ್) ಇವುಗಳ ಒಳಹೊಕ್ಕು, ಸಾಕಷ್ಟು ತಪಾಸಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಇಂಥದ್ದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿರುವ ಅಧ್ಯಯನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು, ದೋಷಗಳು ಹಾಗೂ ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಪರಿಚಿಯಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಬಳಸಲಾದ ಉಪಕರಣಗಳು

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಎಂಟು ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ.

1. ಸಾಮಾಜೋ-ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಸಂದರ್ಶನ ಅನುಸೂಚಿ (ಶೆಡ್ಯೂಲ್)
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿ ಕೊಳ್ಳುವ ಅನುಸೂಚಿ
3. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಅರಿಯುವ ಮಾಪಕ (ವೋಲಿಸರ್ 1975)
4. ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆ ಅರಿಯುವ ಮಾಪಕ (ಪೈ ಮತ್ತು ಕಲ್ಪುರ್, 1981)
5. ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕುರಿತ ಕುಟುಂಬ ಮಾಪಕ (ಪ್ರೆಸಿಡ್ಯಾನೋ 1983)
6. ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕುರಿತ ಸ್ನೇಹಿತರ ಮಾಪಕ (ಪ್ರೆಸಿಡ್ಯಾನೋ 1983–ಫ್ರೆಂಡ್)
7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಕುರಿತಾದ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ (ಸೆಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಇತರರು/ 1983)

8. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನದ ಅನುಸೂಚಿ (ವಿವರಪಟ್ಟಿ)[6]

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳಸಲಾದ ಎಂಟು ಉಪಕರಣಗಳಲ್ಲಿ, ಮೊದಲನೆಯ, ಎರಡನೆಯ ಮತ್ತು ಎಂಟನೆಯ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದರು. ಉಳಿದ ಐದು ಉಪಕರಣಗಳು ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ (ಶಿಷ್ಟ) ಮಾಪಕಗಳು.

1. ಸಮಾಜೋ–ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಸಂದರ್ಶನ ಅನುಸೂಚಿ

ರೋಗಿಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಾಜೋ–ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಮಾಹಿತಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇದನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಇದೇ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇತರ ಸಂಶೋಧಕರು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಅನುಸೂಚಿಗಳು ಮತ್ತು ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ, ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಸಂಶೋಧಕರು, ಮಾಪಕದಲ್ಲಿನ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಉದ್ಯೋಗ, ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ವೈವಾಹಿಕ ಮಾಹಿತಿ, ಧರ್ಮ, ಮಾತೃಭಾಷೆ, ವಾಸಸ್ಥಳ, ಕುಟುಂಬದ ವಿಧ, ಆದಾಯದ ವಿವರಗಳು, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿ, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ರೋಗಲಕ್ಷಣ, ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮ, ಮಾರಣಾಂತಿಕ ರೋಗದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸ ಮತ್ತು ಸಾವು ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಸಮಾಜೋ–ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡಿವೆ.

2. ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳ ಅನುಸೂಚಿ

ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಉಪಕರಣ ಇಲ್ಲದ ಪ್ರಯುಕ್ತ, ರೋಗ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಅವರ ಮನೋಧೋರಣೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯಲು, ಸಂಶೋಧಕರು ಒಂದು ದೇಸೀ ಉಪಕರಣವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಿದರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹರಿಸುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ–ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಪರಿಯಚವಿದ್ದ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ತಜ್ಞರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವಿಳಂಬದಂತಹ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಈ ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು, ಪ್ರಕಟಿತ ಮತ್ತು ಅಪ್ರಕಟಿತ ಮಾಹಿತಿ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಜಾಲಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇವುಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಹೊಂದಿದ್ದ ಜ್ಞಾನ ಎಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲು ಆ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ವಿಮರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ಹೂರಣಗಳ ಸಿಂಧುತ್ವ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಇದನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಯಿತು, ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಯಿತು, ಒಗ್ಗೂಡಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಐಟಂಗಳು ಮರುಕಳಿಸಿಲ್ಲ

ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಅವು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ.

ಜ್ಞಾನ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಸ್ತನ, ಗುದದ್ವಾರ, ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿರ ಹಾಗೂ ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಕುರಿತು, ಅವರ ಸರಿಯಾದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ತಪ್ಪುತಿಳಿವಳಿಕೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ, ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆದು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ, ಕೆಲವು ಗಡ್ಡೆಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಆ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲನೆಯದೆನೆಂದರೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ತನ, ಗುದದ್ವಾರ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾಗಿವೆ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಆರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ಪತ್ತೆಯಾದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಕೊನೆಯದಾಗಿ, ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ ತಿಳಿವಳಿಕೆ, ಜ್ಞಾನದಿಂದಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕ್ರಮಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮಬೀರುತ್ತಿರುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟಗೋಚರವಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆಧಾರವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ಸಂದರ್ಶಿತರಿಂದ ಸೂಕ್ತ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರೆದು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು, ಈ ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಿದ, ಜ್ಞಾನದ ಎಂಟು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಭಯಾನಕ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜ್ಞಾನ: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆ, ಏಡ್ಸ್, ಹೃದಯ ರೋಗ, ಟಿಬಿ ಮತ್ತು ಕುಷ್ಠರೋಗ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಭಯಾನಕ ರೋಗಗಳು ಎಂದು ರೋಗಿಗಳು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲನೆಯ ಆಯಾಮವು ತಿಳಿಸಿಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವಿವರಣೆ: 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಏಡಿ ಇದ್ದಂತೆ', ಅದು ಎಲ್ಲವನ್ನು ತಿಂದುಹಾಕುತ್ತದೆ. ಅಸಹಜವಾದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಕಾಯಿಲೆ, ಭೀತಿಗೊಳಿಸುವ ಪದ, ಕೆಟ್ಟರೋಗ ಮತ್ತು ಮರಣದಂಡನೆ; ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಅನೇಕ ವಿವರಣೆಗಳು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಆಯಾಮವು ರೋಗಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಅವರು ಏನೆಂದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಜ್ಞಾನದ ಮೂಲ: ಪತ್ರಿಕೆಗಳು, ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು, ಮಾಧ್ಯಮಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಅಥವಾ ಇತರರು–ಇವುಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ರೋಗದ ಕುರಿತಾದ ಜ್ಞಾನಮೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಆಯಾಮವು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುದು ಅಂತ್ಯಿಕ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂದು ರೋಗಿಗಳು ಯಾವ ಮೂಲದಿಂದ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಂಡು ರೋಗಿಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ಅಂಶಗಳು: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರಲು ಇರುವ ಕಾರಣಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ರೋಗಿಗಳು ಏನೆಲ್ಲವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಈ ಆಯಾಮದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ : ಅನುವಂಶೀಯತೆ, ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವ, ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳು, ದೇಹವು ವಿಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವುದು, ಆಹಾರ, ಮದ್ಯಪಾನ ಮತ್ತು ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಾರದಂತಿರಲು ಅಥವಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳ ಕುರಿತಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣಗೆ : ಸ್ವಯಂ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ (ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್) ಪರೀಕ್ಷೆ, ಹಲ್ಲುಗಳ ಸರಿಯಾದ ಆರೈಕೆ, ದೇಹವು ಸೂರ್ಯನ ಶಾಖಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿಗಳು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು: ಈ ಆಯಾಮವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಆರಂಭಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಕುರಿತಾದ ಏಳು ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳ ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗುಣವಾಗದ ನೋವು ಅಥವಾ ಬಿಳಿಮಚ್ಚೆ. ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆ, ಆಹಾರ ನುಂಗುವುದರಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ, ಅಜೀರ್ಣ, ಮತ್ತು ಹಸಿವು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಮೊಲೆತೊಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ದ್ರವಗಳ ಸೋರಿಕೆ. ಕೆಮ್ಮುವಾಗ ಕಷ್ಟವಾಗುವುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವಿಧಾನಗಳ ತಿಳಿವಳಿಕೆ: ಹಲವು ತಪಾಸಣಾ ವಿಧಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಆಯಾಮವು ನಾಲ್ಕು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಂತಹ ತಪಾಸಣೆಗಳಿಂದರೆ, ಸ್ತನರೇಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಮ್ಯಾ ಮೋಗ್ರಫಿ),ಸ್ವಯಂ–ಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ, ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ (ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್)ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಇತ್ಯಾದಿ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಿವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು: ಈ ಎಂಟನೇ ಆಯಾಮವು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಮತ್ತು ಈ ಆಯಾಮವು–ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕೀಮೋಥೆರಪಿ, ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಹಾರ್ಮೋನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆ, ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಮಾನಸಿಕ ಬೆಂಬಲ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಮನೋಧೋರಣೆ

ರೋಗಿಗಳ ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಅಡ್ಡಿಗಳು ಇವೆ ಎಂದು ಗ್ರಹಿಸಿರುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಯ ಮನೋಧೋರಣೆ–ಇವುಗಳ ಕುರಿತು ಅನ್ವೇಷಣೆ ನಡೆಸಲು ಇರುವ ಹದಿನೆಂಟು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅನುಸೂಚಿಯ ಈ ಭಾಗವು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು

ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ತನಿಖೆಗಾಗಿ ಇಪ್ಪತ್ತೆರಡು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ 'ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು' ಎಂಬ ವಿಭಾಗವಿದೆ. ರೋಗಿಗಳು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರಬಹುದಾದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹೀಗಿವೆ: ಜೀವಿಸುವುದು, ಸ್ಪರ್ಶಿಸುವುದು, ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಯ ರೋಗನಿರ್ಣಯಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗಿಯು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವ ತಪಾಸಣೆಗಳ(ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಷನ್ಸ್) ವಿವರಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯರ ಪಾತ್ರ, ವೈದ್ಯರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಸೇವಾದಾರರಿಂದ ಪಡೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಭಯ, ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಮುಜುಗರ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಪ್ರಾರ್ಥನೆಯಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ–ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಅನುಸೂಚಿಯು ಮೂರು ರೀತಿಯ ಹೇಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಒಂದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಮತ್ತೊಂದು ನಕಾರಾತ್ಮಕ. ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಲು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿ ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಎಂದು ನಮೂದಿಸಲಾಗುವ, ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಹೇಳಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿ 'ಹೌದು' ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಬರುವಂತೆ 1 ಅನ್ನು, ಮತ್ತು 'ಇಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 2 ಅನ್ನು, ಮತ್ತು 'ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 3 ಅನ್ನು ನಮೂದಿಸಲಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗಳಿಸಿದ ಅಂಕಗಳನ್ನು ನಂತರ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗಳಿಕೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದಷ್ಟೂ 'ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ'; ' ಗಳಿಕೆಯು ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದಷ್ಟೂ 'ಜ್ಞಾನವು' ಕಡಿಮೆ ಇದೆ ಎಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲಾಗಿದೆ. 'ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಗಳಿಕೆ (ಸ್ಕೋರ್) ಹೆಚ್ಚು ಇರುತ್ತದೆ' ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸಲಾಯಿತು.

3. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಒತ್ತಡದ ರೇಟಿಂಗ್ ಮಾಪಕ (ಸ್ಕೇಲ್)

ವೋಲಿಸರ್ ಮತ್ತು ಬೊಹನ್ನೊನ್‌ರವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದ,[7] ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡದ ರೇಟಿಂಗ್ ವಿಧಾನವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ಉಪಕರಣ ಎಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ರೋಗಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕಾದಾಗಲೆಲ್ಲ ಈ 'ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಒತ್ತಡದ ರೇಟಿಂಗ್ ಮಾಪಕ' ಎಂಬ ಉಪಕರಣವನ್ನೇ ಪದೇ ಪದೇ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾಹಿತ್ಯದ ವಿಮರ್ಶೆ ಮತ್ತು ತಜ್ಞರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ನಂತರ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡದ ರೇಟಿಂಗ್ ಮಾಪಕದಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು 49 ಐಟಂಗಳ ಪೈಕಿ 5 ಐಟಂಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಈ ಸಂಶೋಧಕರು ಕೈಗೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ

ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ, ಸಂದರ್ಭಕ್ಕೆ, ಅವುಗಳು ಸೂಕ್ತವಾದವುಗಳಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ವ್ಯಕ್ತವಾದ ಕಾರಣ 5 ಐಟಂಗಳನ್ನು ಮಾಪಕದಿಂದ ಕೈಬಿಡಲಾಗಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಅಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಜ ನಡವಳಿಕೆ ಮಾದರಿಯು ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಸದಾದ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆತನಿಗೆ/ಆಕೆಗೆ ಅಹಿತಕರ ಎನಿಸುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಆತನ/ಆಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಕಾರಣ ಉಂಟಾದ ಒತ್ತಡಭರಿತ ಘಟನೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಕೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಅನ್ವೇಷಿಸಲು 44 ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಒಂದು ಉಪಕರಣವನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಉಪಕರಣವನ್ನು ಹೇಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ತನ್ನದೇ ಆದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಘನತೆ–ಗೌರವಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ತನಗಿರುವ ಬೆಲೆಯ ಪ್ರಜ್ಞೆಯನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು, ಹೊಸ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ರೋಗಿಯು ಹೇಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಈ ಉಪಕರಣವು ಸಂಶೋಧಕನಿಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಈ ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸಲು ವಿನ್ಯಾಸ ಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಸಂಭವಿಸಿದ ಘಟನೆಗಳು: ಇದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿದ ಕಾರಣ ಉಂಟಾದ ತೀವ್ರತರ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆಯಾಮವಾಗಿದೆ. ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳು ಯಾವಾಗ ಆಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದು ಖಚಿತವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಭೇಟಿಮಾಡಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡದಿರುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಮನೆಯಿಂದ ಬಹಳ ದೂರವಿರುವುದು ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ತೀವ್ರತರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ.

ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ: ರೋಗಿಯು ರಾತ್ರಿವೇಳೆ ನಿದ್ರಿಸುವಾಗ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಷ್ರೂಷಕರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು, ಪರಿಚಯವಿಲ್ಲದ ಜನರಿಂದ ಆರೈಕೆ, ವಾರ್ಡ್ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ತೀರಾ ತರಾತುರಿಯಲ್ಲಿರುವುದು, ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ರೋಗಿಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು – ಈ ರೀತಿಯ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಈ ಆಯಾಮವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ವಾರ್ಡ್‌ನ ಪರಿಸರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಘಟನೆಗಳು: ಅಪರಿಚಿತರು ಅದೇ ಕೋಣೆಯಲ್ಲಿ ನಿದ್ರೆ ಮಾಡು ತ್ತಿರುವುದು, ಅಪರಿಚಿತ ಹಾಸಿಗೆ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿರುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯದೇ ಉಡುಗೆ–ತೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಧರಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಲ್ಲದ ಏನೋ ವಾಸನೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸುವಷ್ಟು ಹಣ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿಗಳು–ಈ ರೀತಿಯ ವಿಷಯಗಳು, ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಈ ಆಯಾಮವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಘಟನೆಗಳು ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಬಳಕೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ತಪಾಸಣೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ನೋವು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಾಗಿ ದೇಹದ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು. ಕೊಳವೆಯ ಮೂಲಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಸುತ್ತಲೂ ವಿಚಿತ್ರವಾದ ಯಂತ್ರಗಳಿರುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿಗಳು–ಈ ರೀತಿಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಘಟನೆಗಳು ಈ ಆಯಾಮದಲ್ಲಿ ಸೇರಿವೆ.

ಅಂಕಗಳಿಕೆ(ಸ್ಕೋರಿಂಗ್)ನಿಗದಿಗಳು

ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಗ್ರಹಿಸಲು 'ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 1 ಅನ್ನು, 'ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 2 ಅನ್ನು ಮತ್ತು, 'ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 3 ಅನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

4. 'ಕುಟುಂಬ ಹೊರೆ' ಸಂದರ್ಶನ ಅನುಸೂಚಿ

ಪೈ ಮತ್ತು ಕಪೂರ್ ಎಂಬುವವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದ,[8] ಅರೆ–ಸಂರಚನೆಗೊಂಡ, ಸಂದರ್ಶನದ ಅನುಸೂಚಿ ಇದಾಗಿದೆ. ಈ ಅನುಸೂಚಿಯು, ಮೂಲತಃ, ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳು ಅನುಭವಿಸುವ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವವರ ಕುಟುಂಬ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅಳೆಯಲೂ ಸಹ ಈ ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು ಎಂದು ಅನೇಕ ಲೇಖಕರು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಮಾಪಕವು 24 ಐಟಂಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು, ಹೊರೆಯ ಆರು ವಿವಿಧ ವಲಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅನುಸೂಚಿಯಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ ಹೊರೆಯ ವಿವಿಧ ವಲಯಗಳು ಹೀಗಿವೆ :

1. **ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ :** ರೋಗಿಯ ಆದಾಯ ನಷ್ಟವಾದ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದು, ರೋಗಿಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಇತರೆ ಆದಾಯಗಳಲ್ಲಿನ ನಷ್ಟ, ಆತನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಖರ್ಚುವೆಚ್ಚಗಳು, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ವೆಚ್ಚವಾಗುವುದು. ಪಡೆದ ಸಾಲ, ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣ ಉಂಟಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದಾಗಿ ಪೂರ್ವಯೋಜಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಯೊಂದನ್ನು ಕೈಬಿಡುವುದು – ಇವುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಈ ಉಪ ವಿಭಾಗವು ಹೊಂದಿದೆ.

2. **ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಅಡ್ಡಿ:** ರೋಗಿಯು ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗದಿರುವುದು; ಮನೆಯ ಕರ್ತವ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಹಾಯವು ಇಲ್ಲವಾಗಿರುವುದು; ಕುಟುಂಬದ ಬೇರೆ ಸದಸ್ಯರ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿರುವುದು; ರೋಗಿಯ ನಡವಳಿಕೆಯಿಂದ

ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಅಡ್ಡಿ; ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಯಾವುದಾದರೊಬ್ಬ ಸದಸ್ಯರು ಶಾಲೆ ಅಥವಾ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗಲಾಗದಿರುವುದು.

ಸಹಜ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದ ಮನರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದು; ಕುಟುಂಬದ ಉದ್ಯೋಗನಿರತ ಸಹಾಯಕರು (ಸದಸ್ಯರು) ರಜೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುವುದಕ್ಕೆ ರೋಗಿಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯು ಕಾರಣವಾಗುವುದು; ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ರೋಗಿಯ ನೆರವು ಇಲ್ಲವಾಗುವುದು; ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣ ಬಿಡುವಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾಗುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನೇ ರದ್ದುಪಡಿಸುವುದು; – ಇವುಗಳು ಈ ಉಪವಲಯವು ಹೊಂದಿರುವ ಐಟಂಗಳಾಗಿವೆ.

ಪರಸ್ಪರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಒಡನಾಟದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಅಡ್ಡಿ: ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಕೆಟ್ಟಪರಿಣಾಮಗಳು; ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ವಾಗ್ವಾದಗಳಿಗೆ ಇಳಿದ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು; ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಭೇಟಿ ನೀಡುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದು; ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬಗಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಬೇರೆಡೆಗೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಗೊಳ್ಳುವುದು; ಮತ್ತು, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಇತರೆ ಘಟನೆಗಳು; – ಇವುಗಳು ಈ ಉಪವಲಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಐಟಂಗಳಾಗಿವೆ.

ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮ: ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಈ ಉಪವಲಯವು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಉಪಮಾಪಕವು ಎರಡು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ; ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯನು ದೈಹಿಕ ತೂಕ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಥವಾ ಆತನಿಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಇರುವ ಅನಾರೋಗ್ಯವು ಇನ್ನಷ್ಟು ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದು.

ಇತರರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾಗುವ ಪರಿಣಾಮ: ಈ ಉಪವಲಯವು, ಇತರರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ವಿವರಣೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಉಪ–ಮಾಪಕವು ಎರಡು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ; ಅವುಗಳೆಂದರೆ; (1)– ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸದಸ್ಯನು ಮಾನಸಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆಯೇ? (2)–ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯನ ನಿದ್ರಾ ಅವಧಿಯು ಕಡಿಮೆಗೊಂಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಆತನು ಖಿನ್ನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾನೆಯೇ? ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೆನಪಿಸಿಕೊಂಡು ರೋಧಿಸು ತ್ತಾನೆಯೇ? – ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ಈ ಉಪ–ಮಾಪಕವು ವಿವರಣೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಂಕಗಳಿಕೆಯ (ಸ್ಕೋರಿಂಗ್) ನಿಗದಿಗಳು : ಅಂಕಗಳಿಕೆಯು 1 ರಿಂದ 3 ರವರೆಗಿನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಂದರೆ, 'ತೀವ್ರ ಹೊರೆ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 1 ಅನ್ನು, 'ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 2 ಅನ್ನು, ಮತ್ತು 'ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 3 ಅನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

5. ಮತ್ತು 6. ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ 'ಮಾಪಕ' (ಪ್ರೊಯಿಡಾನೋ ಮತ್ತು ಹೆಲ್ಲರ್ 1983)[9]

ಪಡೆದ/ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ (ಪರ್ಸೀವ್ಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ್) ಎಂಬುದನ್ನು "ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬೆಂಬಲದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು, ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬವು ಅವನ/ ಅವಳ ಅಗತ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪೂರೈಸುವ ನಂಬಿಕೆ" ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಗ್ರಹಿಕೆ ಎಂಬುದು ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅಳೆದುತಿಳಿಯುವುದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆಯಾದರೂ, ಅಲ್ಲೊಂದು ಅಪಾಯವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಅದಕ್ಕೆ ಯಾರೇ ಆದರೂ ಸ್ಪಂದಿಸಲೇಬೇಕು. ಯಾರಾದರೊಬ್ಬರ ಬೆಂಬಲದ ಸಂಪರ್ಕ ಜಾಲದೊಂದಿಗೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ವ್ಯವಹರಿಸಲು ಅಂತಹ ಒಂದು ಮಾಹಿತಿಯು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ. ಬೆಂಬಲದ ಗ್ರಹಿಕೆಯು, ಪರಿಸರದಲ್ಲಿನ ಬೆಂಬಲ ಸಂರಚನೆಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುವಾಗ, ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ/ಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಜಾಲವು ಒದಗಿಸಿದ ಬೆಂಬಲ ಎರಡೂ ಸಹ ಒಂದೇ ರೀತಿಯದ್ದಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಒಂದೆಡೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು; ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ, ನಡವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಮನಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಬದಲಾವಣೆ; – ಇವೆರಡೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಪರಸ್ಪರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವಿನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಂಶಗಳು, ಬಹುಶಃ, ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಬೆಂಬಲವು ಲಭ್ಯವಿದೆಯೋ ಅಥವಾ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆಯೋ ಎಂಬ ಗ್ರಹಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಈ ಎರಡೂ ಅಂಶಗಳು ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಬಹುದು. ಈ ಎರಡೂ, ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿದೆ ಅಥವಾ ಈಗಾಗಲೇ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಗ್ರಹಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿರುವ ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು, ವಿವಿಧ ಆಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಅಳೆಯಲು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ; ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಡುವ ಬೆಂಬಲಗಳ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಅವನ/ಅವಳ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ, ಕುಟುಂಬದವರಿಂದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೆಂಬಲ, ಮಾಹಿತಿ, ಮತ್ತು ಹಿಮ್ಮಾಹಿತಿ (ಫೀಡ್ ಬ್ಯಾಕ್) ಅಗತ್ಯತೆಗಳು. ಸ್ನೇಹಿತರ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಬೆಂಬಲಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಮುಖ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಜನವರ್ಗಗಳು (ಉದಾ.: ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ನೇಹಪರತೆಯ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲದಲ್ಲಿ, ವಿವಿಧ ಸಹವರ್ತಿಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಬೆಂಬಲದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಬಹುದು), (ಉದಾ.: ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದೆಡೆಯಿಂದ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆಗೆ ವಲಸೆಹೋಗುವುದು) ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲ (ಉದಾ.: ಸಾವು), ಸ್ನೇಹಿತರ ಸಂಬಂಧಗಳು ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಹುತೇಕ ಬಾರಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳಿಗಿಂತ ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ

ಅವಧಿಯದ್ದಾಗಿರ ಬಹುದು. ಮತ್ತು – ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಬಹುಶಃ ಸ್ಥಳ, ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪಾತ್ರ, ಇದು ಸ್ನೇಹಿತರ ಸಂಬಂಧಗಳು ಇಂಥ ಸಂಬಂಧಗಳೇ ಕುಟುಂಬ ಸಂಬಂಧಕ್ಕಿಂತ ಬಹುಶಃ ಹೆಚ್ಚು ನೈಜವಾದವುಗಳು.

ಅಂಕಗಳಿಕೆ ಮಾದರಿ (ಸ್ಕೋರಿಂಗ್ ಪ್ಯಾಟ್ರನ್): 'ಹೌದು', 'ಇಲ್ಲ' ಅಥವಾ 'ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ' ಎಂಬ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಘೋಷಣಾ ಹೇಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಇಪ್ಪತ್ತು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ, ಈ 'ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದಿಂದ, ಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ' ಎಂಬ ಮಾಪಕದ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ದತ್ತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿ ಅಳೆಯಲು ಈ ಅಂಕಗಳಿಕೆ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಇರುವ ಸೂಚಕವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಐಟಂಗೆ ದೊರೆತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಂದನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಗ್ರಹಿಸಲಾದ (ನಿರೀಕ್ಷಿತ) ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ದೊರೆತಿಲ್ಲ (ಇಲ್ಲ) ಎಂಬುದನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು 2 ಅನ್ನು ನಮೂದಿಸಿದೆ. 'ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 3 ಅನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ನಿರ್ಧಾರಣೆ ಮಾಪಕ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ನಿರ್ಧಾರಣೆ ಮಾಪಕ (ಫ್ಯಾಕ್ಟ್–ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಅಸೆಸ್ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಥೆರಪಿ) ಇದನ್ನು ಸೆಲ್ಲಾ ಎಂಬುವವರು 1993ರಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.[10] ಸುಲಭವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲ ಕ್ಷಿಪ್ರತೆ, ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹತೆ, ಸಿಂಧುತ್ವ ಮತ್ತು ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಗುಣ–ಇವುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ಮಾಪಕವು (ಫ್ಯಾಕ್ಟ್), ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ (ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಟ್ರಯಲ್ಸ್) ಬಳಸಲು ಎಲ್ಲ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಫ್ಯಾಕ್ಟ್ ಮಾಪಕದ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅನುಕೂಲಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ರೋಗಿಯ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಲಯಕ್ಕೂ ಸಹ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಇದರಿಂದ, ರೋಗಿಯ ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ದುರ್ಬಲತೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೇ ಈ ದುರ್ಬಲತೆಯ ಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಬಹುದು.

ಫ್ಯಾಕ್ಟ್–ಜಿ: ಈ ಫ್ಯಾಕ್ಟ್ ಎಂಬ ಮಾಪಕದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆವೃತ್ತಿಯು 28 ಐಟಂಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಮಾಪಕವು 5 ಉಪ–ಮಾಪಕಗಳ ಒಂದು ಸಂಯೋಜನೆ ಯಾಗಿದೆ.

ಸಂಯೋಜನೆ: ಈ ಮಾಪಕವನ್ನು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದು. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಉಪ–ಮಾಪಕವನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಒಂದೊಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಷಯವರ್ಗವನ್ನು (ಡೊಮೇನ್‌ನ್ನು) ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವಂತೆ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸ ಲಾಗಿದೆ.

ಶಾರೀರಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ:. ಚಲನವಲನ, ಸ್ವಯಂ–ಆರೈಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ(ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು) ಇವುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ/ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕ್ಷೇಮಾಭಿವೃದ್ಧಿ: ಸಾಮಾಜಿಕ ಆಚರಣೆಗಳು, ಕುಟುಂಬಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಒಡನಾಟ, ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳಿದ್ದಾಗ ದೈಹಿಕ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಮೀರಿ ಕೆಲಸನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ–ಇವುಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಇದು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ: ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸ, ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರ ಪಡೆಯಲು ವೈದ್ಯರ ಲಭ್ಯತೆ ಮುಂತಾದ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಇದು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ: ಈ ವಿಷಯವರ್ಗವು (ಡೊಮೇನ್)–ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟಗಳು, ನಿಭಾಯಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಜೀವನ ಸಂತೃಪ್ತಿ, ಉದ್ವಿಗ್ನ ಭಾವನೆ, ಹೋರಾಟದ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸಾವಿನ ಚಿಂತೆ–ಇವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ: ಈ ವಿಷಯವರ್ಗವು–ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮಟ್ಟ (ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳು), ಸ್ವಯಂ–ಆರೈಕೆ, ಅರಿವಿನ ಮಟ್ಟ (ಸ್ಪಷ್ಟಚಿಂತನೆ, ಗಮನ, ನೆನಪು), ಲೈಂಗಿಕತೆ, ನೋವುಗಳು, ವಾಕರಿಕೆ ಮತ್ತು ವಾಂತಿ – ಇವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರ (ರೋಗಿಗಳ) ಸ್ಥಿತಿ ಕುರಿತ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ನಿಜವಾಗಿದ್ದವು ಎಂಬ 28 ಐಟಂಗಳಿಗೆ ರೇಟಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೇಳಲಾಯಿತು. 'ಹೌದು' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 1 ಅನ್ನು, 'ಇಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 2 ಅನ್ನು ಮತ್ತು 'ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 3 ಅನ್ನು ನಮೂದಿಸಲಾಗಿದೆ.

8. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಗಳ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಶೋಧಕರು ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಕೆಲಸಗಳ ಸ್ವಯಂ ಅನುಭವ ಜ್ಞಾನವು ಸಂದರ್ಶನಾ ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಯಿತು. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನುರಿತ ತಜ್ಞರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಒಮ್ಮತದಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದ ಶೇ.90ರಷ್ಟು ಐಂಟಂಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಅನುಸೂಚಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯ ವೃತ್ತಿನಿರತರು ನೀಡಿದ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಕೆಲವು ಹೇಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಪುನರ್‌ವಿಮರ್ಶಿಸಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲಾಯಿತು.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವಾ ವಿಭಾಗವು, ರೋಗಿಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲೀಕರಣ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಉಂಟಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ.

ನಡವಳಿಕೆ, ನಿಭಾಯಿಸುವ ಶೈಲಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಜ್ಞೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವ/ ಹೊಂದಿರುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ – ಇವುಗಳು ಭೌತಿಕ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ನಂಬಲಾಗಿದೆ (ರಾಡ್‌ಲಿನ್ 1980) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿರುವ ಒಂದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಿ ನಿಭಾಯಿಸುವ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅವರನ್ನು ಸಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ವಿವಿಧ ವಿಭಾಗಗಳಾದ, ನೋಂದಣಿ, ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗ, ವಾರ್ಡ್‌ಗಳು, ರಕ್ತನಿಧಿ ಘಟಕ, ಧರ್ಮಶಾಲೆ, ಶಾಂತಿಧಾಮ ಮುಂತಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುವ ವಿವಿಧ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ಅರಿವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಲು ಮತ್ತು ಆ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತ ರೋಗಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಂಶೋಧಕರು ಈ ಸಂದರ್ಶನ ವಿಧಾನವನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ 'ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಔಷಧ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ' ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ನೆರವಿನ ನಿಧಿಗಳಾದ, ಪ್ರಧಾನಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ, ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿ, ಬಡವರ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿಧಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿಧಿ – ಇವುಗಳಿಂದ ರೋಗಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಪಾತ್ರ ಮತ್ತು ಉಚಿತ ಊಟೋಪಚಾರ, ಪರಸ್ಥಳದ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಅರಿಯುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳೂ ಸಹ ಈ ಸಂದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಂಡಿವೆ.

ಗಳಿಕೆಯ ಮಾದರಿ

ಪರಿಣಿತ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಕುರಿತ ಅಂಕಗಳಿಕೆಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಹೀಗಿದೆ: ತಿಳಿವಳಿಕೆಯಿದ್ದರೆ, 'ಹೌದು' ಎಂದು; ತಿಳಿವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ 'ಇಲ್ಲ' ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. 'ಹೌದು' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 'ಒಂದು' ಅಂಕ ನೀಡಲಾಗಿದ್ದರೆ, 'ಇಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 'ಎರಡು' ಅಂಕ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತಂತೆಯೂ ಅಂಕಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. 'ಹೆಚ್ಚು ಉಪಯುಕ್ತ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 'ಒಂದನ್ನು' ಅಂಕಗಳನ್ನು; ಮತ್ತು, 'ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 'ಎರಡು' ಅಂಕಗಳನ್ನು; ಹಾಗೂ, 'ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ' ಎಂಬುದಕ್ಕೆ 'ಮೂರು' ಅಂಕಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನ(ಪೈಲಟ್ ಸ್ಟಡಿ)

ಪೂರ್ವಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾದ 'ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನ' ಎಂಬುದೂ ಸಹ ಸಂಶೋಧನೆಯ ವಿನ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕವಾದ ಹೆಜ್ಜೆ. ಇದನ್ನು ಸಂಶೋಧನಾ ವಿನ್ಯಾಸದ

ಪ್ರಮುಖ ಹಂತ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ನಿಜಕ್ಕೂ, ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನವು ಮುಖ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಒಂದು ಅನುಕರಣೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ವಾಭ್ಯಾಸವೇ ಸರಿ. ನೈಜ ಕ್ರಮವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೂ ಮುನ್ನ, ಪೂರ್ವಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನದಿಂದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದಾದ ಕೊರತೆಗಳು ಮತ್ತು ದೋಷಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿಫಲವು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯದಿರುವುದು, ದೊರೆತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹತೆ ಅಥವಾ ಸಿಂಧುತ್ವ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಸಹಜವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಭಾರೀ ದಂಡವನ್ನೇ ತೆರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪೂರ್ವಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದು 'ಪ್ರಯತ್ನಿಸು' ಮತ್ತು 'ದೋಷ ಸರಿಪಡಿಸು' (ಟ್ರಯಲ್ ಅಂಡ್ ಎರರ್) ಎಂಬ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವೀ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಪುನರಾವರ್ತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಅನುಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿ ದೋಷಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾಪಕಗಳನ್ನು ಅಂತಿಮ ಗುಂಪಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪೂರ್ವಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದು ಕೇವಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಎಷ್ಟು ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿವೆ ಎಂಬುದರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಿಸಿದವರು ಹೇಳಿದುದನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ನಿಖರತೆ ಇವುಗಳನ್ನಷ್ಟೇ ಒದಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಅದರೊಂದಿಗೆ, ಸಮಸ್ಯಾ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಯೋಜಿಸುವ ಹಂತದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿರದ ಹಲವು ಹೊಸ ಅಂಶಗಳು ಪತ್ತೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಅದು ತೆರೆದಿಡುತ್ತದೆ.[11]

ಬಳಸಿದ ಉಪಕರಣಗಳು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಮಗ್ರವಾದವುಗಳು ಮತ್ತು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು, ಮುಖ್ಯ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೂ ಮುನ್ನ, ಅರವತ್ತು ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಂದು ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನದ ಯುಕ್ತಾಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ ನಡೆಸುವುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಪರಿಚಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನದ ನಂತರ, ಸಂದರ್ಶನ ಅನುಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ಚಿಕ್ಕಪುಟ್ಟ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಹೀಗೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಂತಿಮಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿ ಅಂತಿಮಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾದ ಸಮಯವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಈ ಮುಂಚೂಣಿ ಅಧ್ಯಯನವು ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಯಿತು. ಏಕರೂಪತೆಯನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಎಲ್ಲ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಾದ ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ (ಬಹುತೇಕ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟ ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿರುವ ಭಾಷೆ) ಭಾಷಾಂತರಿಸಲಾಯಿತು. ಎಲ್ಲಾ ಮಾಪಕಗಳನ್ನು ಅರವತ್ತು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸಲಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕೆ, ಮೊದಲ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ, ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಒಂದು

ಗಂಟೆಯ ಕಾಲ ಅಗತ್ಯವಾಯಿತು. ನಂತರ, ಪ್ರತಿ ಹಂತದಲ್ಲಿ, 20ರಿಂದ 35 ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹ

ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಅನುಸೂಚಿಯನ್ನು ಬಳಸಿ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು, ಸಂದರ್ಶನ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಶೋಧನೆ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ, ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂದರ್ಶನವು ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಮತ್ತು ಸ್ವತಂತ್ರ ಉಪಕರಣವಲ್ಲ. ಇದು, ಇತರ ತಂತ್ರಗಳಿಗೆ ಪೂರಕ ಮತ್ತು- ಸಂದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಗಳ (ಅಬ್ಸರ್‌ವೇಷನ್) ಒಂದು ಸಂಯೋಜನೆ. ಎಲ್ಲರೂ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆಯನ್ನು ನೆರವೇರಿಸಿದ್ದನ್ನು ಮೊದಲಿಗೆ ಪರಿಶೋಧಕರು ನೇರವಾಗಿ ಗಮನಿಸುವುದು, ನಂತರ ಗುಂಪಿನ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಸದಸ್ಯರಿಂದಲೂ ನೆರವೇರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಆಚರಣೆಯ ಕುರಿತು ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು– ಇದು ಪರಿಶೋಧನೆಯ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಬಲ್ಲದು. ಈ ರೀತಿಯ ಗಮನಿಸುವಿಕೆಯು, ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನ ಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ನಡವಳಿಕೆ ಮಾದರಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪನೆ ಮತ್ತು ಮನೋಸ್ಥಿತಿ, ರೀತಿನೀತಿ– ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಪರಿಶೋಧಕನನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಕರ್ತನಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಮಾಹಿತಿ ವಿಷಯಗಳು–ಪರಿಶೋಧಕನ ಗಮನಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆ ಯಿಂದಾಗಿ–ಪರಿಶೋಧಕನ ಕೈಯಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಈ ಹಿಂದೆಯೇ ಹೇಳಿದಂತೆ, ಸಂದರ್ಶನ ಉಪಕರಣ ಎಂಬುದು, ಸಂದರ್ಶನಾ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಂದರ್ಶಕರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸರಳ ಮತ್ತು ಸುಲಭವಾದ ಉಪಕರಣವಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶಿತನು ತಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ, ಅಗತ್ಯವಿದ್ದೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ, ಕೆಲವೊಂದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಒತ್ತನ್ನು ಮತ್ತು ವಿವರಣೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿ, ಬೇರೆ ಪದಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ ಅಥವಾ ಪುನರಾವರ್ತನೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪಡೆದ ಉತ್ತರಗಳ ನಿಖರತೆ ಮತ್ತು ಸಿಂಧುತ್ವವನ್ನು ನಿಷ್ಕರ್ಷಿಸಲು ಸಂದರ್ಶಕರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಸಮರ್ಥ ಸಂದರ್ಶಕರ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ಸಂದರ್ಶಿತರು ಅವರ ಭಯವನ್ನು, ಆತಂಕವನ್ನು, ಭಾವನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಭಾರವಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಬಹುದು. ಹಾಗೆ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಅವರು ಹಗುರಾಗುತ್ತಾರೆ.

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯ ಈ ವಿಧಾನವು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮೂಲಕ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಹಾಗೆಯೇ ಇದೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಭಿನ್ನತೆ ಏನೆಂದರೆ, ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹಕ್ಕೆಂದೇ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಾಹಕರೇ ನಮೂದಿಸಿ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ವ್ಯಾಪಕವಾದ ವಿಚಾರಣೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ತೀರಾ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯ ಈ ರೀತಿಯ ವಿಧಾನವು ಅತ್ಯಂತ

ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಬಹಳ ದುಬಾರಿ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಡಾಕ್ಟರೇಟ್ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಂಶೋಧಕರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸುವಾಗಲೇ ಅವರನ್ನು ಗಮನಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಶನದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು, ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೊದಲೇ ಯೋಜಿಸಿದಂತೆ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನುಸೂಚಿಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ (ಶಿಷ್ಟ) ಮಾಪಕಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳ ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಮಾತುಕತೆಯ ಮೂಲಕ ಆರಂಭಿಸಿ, ಇದನ್ನೂ ಸೇರಿದಂತೆ, ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೌಖಿಕ ಸಂವಹನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಲಾಗದ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸುಳಿವುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು, ಸಂದರ್ಶಿತ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಳವಾಗಿ ಗಮನಿಸಲಾಯಿತು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ : ಸಂಜ್ಞೆಗಳು, ತಕ್ಷಣದ ನೋಟಗಳು, ಮುಖದಲ್ಲಿನ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಫಲನಗಳು, ತಡೆತಡೆದು ಹೇಳುವುದು, ತಕ್ಷಣದಲ್ಲಿಯೇ ಅಳುವುದು ಮುಂತಾದವು. ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾದ ಈ ವಿಧಾನವು ಮೌಖಿಕ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಎರಡೂ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಬಳಸಲಾಗಿರುವುದು, ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರೀ ಸಾಧನಗಳಾಗಿವೆ.

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯಲ್ಲಿನ ಹಂತಗಳು

ಪ್ರತಿ ರೋಗಿಗೆ ಮತ್ತು ಆತನ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು ಮತ್ತು ಅವರ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿತ್ತು. ಅವರಿಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆರಾಮ, ಅನುಕೂಲಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಂಶೋಧಕರು ಎಲ್ಲ ಎಚ್ಚರಿಕೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರು. ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಖಾಸಗಿತನ, ಗೌಪ್ಯತೆ, ನೈತಿಕ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಅವರ ಸಂದರ್ಶನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಜುಗರವಾಗುವ ಸಂದರ್ಭ ಬಂದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ತೊರೆದುಹೋಗಲು ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿದ ನಂತರ, ಅಗತ್ಯ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಆಪ್ತಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಸಹ ನೀಡಲಾಯಿತು.

ಹಂತ : 1

ಕಿರುತಪಾಸಣೆ(ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್): ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಂಶೋಧಕರು ದಿನನಿತ್ಯದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರತಿ ದಿನವೂ ಪ್ರವೇಶಾತಿಯನ್ನು (ಅಡ್ಮಿಷನ್) ಕೈಗೊಂಡ ಅಂಕಿ-ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಯಿತು. ನಿತ್ಯ ದಾಖಲಾದ ರೋಗಿಗಳ ಒಟ್ಟುಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ

ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅರ್ಹರಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಅವರನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಹಂತ : 2

ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ದತ್ತಾಂಶಗಳ ಸಂಗ್ರಹಣೆ: ಆರಂಭಿಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ನಂತರ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತರ, ಸಮಾಜೋ–ಆರ್ಥಿಕ ದತ್ತಾಂಶ ವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಯಿತು.

ಹಂತ : 3

ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ (ಶಿಷ್ಟ) ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ರೋಗದ ಕುರಿತ ಇರುವ ಜ್ಞಾನ, ರೋಗಿಗಳ ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಅವರ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ವಸ್ತುನಿಷ್ಠವಾಗಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಸಂಶೋಧಕರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದರು. ರೋಗಿಗಳು ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿದ್ದರೆ ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ತೊರೆದುಹೋಗಲು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನೀಡಿದ್ದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ, ಸಂದರ್ಶನವು ನಿರಂತರವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ.

ಹಂತ : 4

ರೋಗವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವ ಹಂತದಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು, ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವಿಧ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಆರಂಭಿಕ ಆಪ್ತಸಲಹೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯು ಪಡೆದ ನಂತರ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಒತ್ತಡದ ರೇಟಿಂಗ್ ಮಾಪಕವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿ ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಈ ವೇಳೆಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರಲು ಕಾರಣಗಳೇನು, ಕಾಯಿಲೆಯು ಯಾವ ಹಂತದಲ್ಲಿದೆ, ಯಾವ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಿತ್ತು.

ಹಂತ : 5

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗಲು ಯೋಜಿಸುವ ಮುನ್ನ, 'ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆ ಮಾಪಕ' ಮತ್ತು 'ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ' ಮಾಪಕಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ, ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮುಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಯಿತು. ಸಂದರ್ಶಿತ ಈ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೂ ಗೊಂದಲದಲ್ಲಿರುವ ಮನೋಧೋರಣೆಯು ಕಂಡು ಬಂದಿತು, ಮತ್ತು ಮರಳಿ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಅವರನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೂ ಮುನ್ನ,

ಗೊಂದಲನಿವಾರಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಅವರನ್ನು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಜ್ಞರ ಬಳಿಗೆ ತೆರಳುವಂತೆ ಸೂಚಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಹಂತ : 6

ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಆ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಂಶೋಧಕರು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. 'ಕುಟುಂಬ ಹೊರೆ ಮಾಪಕ'ವನ್ನು ಬಳಸಲಾರಂಭಿಸಿದಾಗ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿವರಿಸಿ ಹೇಳುವಾಗ, ಏಕಕಾಲ ದಲ್ಲಿ ಈ ರೇಟಿಂಗ್ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಯಿತು.

ಹಂತ : 7

ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಗಿದು ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡ ನಂತರ, ರೋಗಿಗಳ ಅನುಸರಣಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಮರಳಿ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆ ಮರಳಿಬಂದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಗಳ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ – ಇವುಗಳನ್ನು ವಸ್ತುನಿಷ್ಠವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ, ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಮಾಪಕವನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಏನು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಇದು ಸಹಕಾರಿಯಾಯಿತು.

ಅಧ್ಯಯನದ ಮಿತಿಗಳು

ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ರೋಗಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಅವರನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸ ಲಾಯಿತು. ಆಪ್ತಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು, ಒಂದು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾತ್ರವೇ ಆಗಿದೆಯೇ, ಹೊರತಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ (ಇಂಟರ್‌ವೀನ್) ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಾಗೂ ಇಂತಹ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸಮಗ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಪುನರ್ವಸತಿಯನ್ನು ಯೋಜಿಸಲು ಇಂತಹ ಅಧ್ಯಯನವು ಅಗತ್ಯವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದು ಸತ್ಯಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ವಹಿಸುವುದು (ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪ) ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ಇವುಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಿಂದ ಹೊರಗಿವೆ. ಅಧ್ಯಯನಾ ನಂತರದ ಒಂದು ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ (ಫಾಲೋಅಪ್‌ನಿಂದ) ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ

ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ದತ್ತಾಂಶವು ಸೃಜನೆಗೊಳ್ಳಬಹುದಿತ್ತು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಇದೊಂದು ಕಾಲಮಿತಿಗೊಳಪಟ್ಟ ಅಧ್ಯಯನವಾದ್ದ ರಿಂದ, ಇದನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಲಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬದ ವಾತಾವರಣ, ವೈವಾಹಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸಂಚಲನಗಳು ಮತ್ತಿತರ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು

ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ, ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ, ನಾಲ್ಕು ದಶಕಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಧನೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ, ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸಂಸ್ಥೆಯು, ಭಾರತದ ಹಲವು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ಎರಡನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇದು ಭಾರತ ಸರಕಾರದಿಂದ 'ಸೆಂಟರ್ ಆಫ್ ಎಕ್ಸಲೆನ್ಸ್' ಪ್ರಶಸ್ತಿ ಪಡೆದಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಗಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ(WHO) ಮಾನ್ಯತೆ ದೊರೆತಿದೆ. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧದ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಒಕ್ಕೂಟದ ಸದಸ್ಯ(UICC) ಸಂಸ್ಥೆಯೂ ಸಹ ಆಗಿದೆ.

ಬಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಹಾಯಾರ್ಥ ಅಂದಿನ ಬಾಂಬೆಯ ರಾಜ್ಯಪಾಲರಾಗಿದ್ದ ಸನ್ಮಾನ್ಯ ರಫಿ ಅಹಮದ್ ಕಿದ್ವಾಯಿಯವರು ಈ ಸಂಸ್ಥೆ ಆರಂಭಿಸಲು ಜಮೀನು ಮತ್ತು ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮೊದಲ ವಿಕಿರಣಾ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ದೇಣಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರು. ಅವರ ಸ್ಮರಣಾರ್ಥ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಅವರ ಹೆಸರನ್ನೇ ಇಡಲಾಯಿತು.

ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯು 50 ಹಾಸಿಗೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಚಿಕ್ಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾಗಿ ಆರಂಭಗೊಂಡು, ಇಂದು, 650 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಸಮಗ್ರ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ನಿಂತಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕೋಟ್ಯಂತರ ರೂಪಾಯಿಗಳ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬಡರೋಗಿಗಳ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಪ್ರಸ್ತುತ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ವಿಶೇಷ ಅನುದಾನದೊಂದಿಗೆ ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಉನ್ನತೀಕರಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗತಪಾಸಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಸೇವೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಅಧ್ಯಯನ ಮತ್ತು ರೋಗತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಕೋರ್ಸುಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಇತರೆ ಪ್ರಮುಖ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ನಾಲ್ಕು ದಶಕಗಳ ಕಾಲದ ಇತಿಹಾಸವಿದೆ. ಸಂಸ್ಥೆಯು 1957ರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಚಿಕ್ಕ ಸೊಸೈಟಿಯಾಗಿ ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡಿತು. 1970ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಆ

ಸೊಸೈಟಿಯನ್ನು ತನ್ನ ಸುಪರ್ದಿಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿತು. 1973ರಲ್ಲಿ ರೋಗನಿದಾನ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ, ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು 50 ಹಾಸಿಗೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕಾರ್ಯಾರಂಭಿಸಿತು. 1975ರಲ್ಲಿ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್ ಸಹಿತ ಮುಖ್ಯ ಬ್ಲಾಕ್‌ನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಯಿತು. 1980ರ ನವೆಂಬರ್‌ನಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ 'ಸ್ವಾಯತ್ತ' ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸ್ಥಾನಮಾನ ದೊರೆಯಿತು.[12]

ರಾಜ್ಯದ ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ನೆರೆರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ದೂರದ ರಾಜ್ಯಗಳಾದ ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ, ಬಿಹಾರ, ಅಸ್ಸಾಂನಿಂದ ಮತ್ತು ನೆರೆಯ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದಿಂದಲೂ ಸಹ ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಇಲ್ಲಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ದೂರಪ್ರದೇಶಗಳ ರೋಗಿಗಳ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಂಡ್ಯದಲ್ಲಿ ಪೆರಿಫೆರಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಮಂಡ್ಯದ ಸೆಂಟರ್‌ನ್ನು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸಹಿತ ಅಲ್ಲಿನ ಸರಕಾರೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜಿಗೆ ವಹಿಸಿಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಸರಾಸರಿ 80 ರಿಂದ 100 ಹೊಸ ರೋಗಿಗಳು ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮರುಭೇಟಿಗಾಗಿ ನಿತ್ಯ ಸುಮಾರು 1000 ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ವಾರ್ಷಿಕ ಸುಮಾರು 18000 ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಇಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿವರ್ಷ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕ್ರಮೇಣ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇದೆ.

ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ ಅಂದಾಜು 90 ಲಕ್ಷ ಹೊಸ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ 45 ಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ ಅಂದಾಜು 7 ಲಕ್ಷ ಜನರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಾರೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ 3.5 ಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ವಾರ್ಷಿಕ 7 ಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ 2.3 ಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು, ಅಂದರೆ, ಶೇ.33ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಂಬಾಕು ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಉತ್ಪನ್ನ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗಿದ್ದಾರೆ.[13]

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಹಲವಾರು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಟ್ಟಡಗಳು ಇವೆ. ರೋಗತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾದವರು ಮತ್ತು ಇತರ ವರ್ಗದ ಒಳರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ ಇಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ವಾರ್ಡುಗಳನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕಳೆದ 35 ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಬಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ನಿರತವಾಗಿದೆ.

- **ಮೇನ್ ಬ್ಲಾಕ್** ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿ ಪೆಥಾಲಜಿ, ಅಂದರೆ, ರೋಗನಿದಾನಶಾಸ್ತ್ರ, ಬಯೋಕೆಮಿಸ್ಟ್ರಿ, ಅಂದರೆ, ಜೀವರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ, ಮೈಕ್ರೋಬಯಾಲಜಿ, ಅಂದರೆ, ಮಿಣಿಜೀವಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತಿತರ

ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಗಳಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಮುಖ್ಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳು ಅಂದರೆ, ಮೇಜರ್ ಓ.ಟಿ.ಗಳು ಇದೇ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿವೆ.

- **ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಬ್ಲಾಕ್‌**ನಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತ ಕಚೇರಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರ, ಪರಮಾಣು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರ ಮತ್ತು ವಾರ್ಡ್‌ಗಳು ಇವೆ. ಲೀನಿಯರ್ ಆಕ್ಸಿಲರೇಟರ್ ಸಂಕೀರ್ಣವೂ ಸಹ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿದೆ.

- **ಜಿಂದಾಲ್ ಸಂಕೀರ್ಣ**ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಭಾಗದ ತುರ್ತುನಿಗಾಘಟಕವಿದೆ. ಮನೆಯ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಹೋಲುವ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳು ಇವೆ. ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಜೆಕ್ಟ್ ರೂಂಗಳು ಮತ್ತು ಒಂದು ಸೆಮಿನಾರ್ ಹಾಲ್ ಇದೆ.

- **ಬ್ರಾಕಿಥೆರಪಿ ಸಂಕೀರ್ಣ**ದಲ್ಲಿ, ವಿಕಿರಣ ಸೂಸುವ ಪರಿಕರಗಳನ್ನು ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಯ ಕಾಲ ದೇಹದೊಳಗೆ ಇರಿಸಿ ನೀಡಲಾಗುವ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಶಿರ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೆ ಈ ಬ್ರಾಕಿಥೆರಪಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

- **ಶಾಂತಿ ಧಾಮ** ಎಂಬುದು ಹೆಸರಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲು ಹಸಿರು ಉದ್ಯಾನವನವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವಿನೂತನ ರೀತಿಯ ವಿಶೇಷ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಿರುವ ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಅವರ ಸಹಾಯಕರೂ ಸಹ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಮನೆಯ ವಾತಾವರಣವು ಇಲ್ಲಿದೆ. ವಿಶಾಲವಾದ ಒಟ್ಟು 36 ಒಂಟಿ ಕೊಠಡಿಗಳು ಇಲ್ಲಿವೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾಗಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚು ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಸಿ ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಬಯಸುವವರಿಗಾಗಿ ಈ ಶಾಂತಿಧಾಮ ಮೀಸಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒಂದು ಧ್ಯಾನದ ಕೊಠಡಿ ಮತ್ತು ಒಂದು ವಿನಾಯಕನ ದೇವಾಲಯವೂ ಸಹ ಇಲ್ಲಿದೆ.

- ಅನಿಕೇತನ ಸಂಕೀರ್ಣದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ ಉತ್ತಮ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಾರ್ಡುಗಳು ಈ ಕಟ್ಟಡದಲ್ಲಿವೆ. ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ 100 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ವಾರ್ಡ್ ಒಂದನ್ನು ಆರಂಭಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ದೇಣಿಗೆ ನೀಡಲು ಇನ್ಫೋಸಿಸ್ ಫೌಂಡೇಷನ್ ಮುಂದೆಬಂದಿದೆ.

- **ಕಪೂರ್ ಮಕ್ಕಳ ವಾರ್ಡ್** ಎಂಬುದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ದಾನಿಗಳಿಂದಲೇ ನಿರ್ಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿಯೇ ಮೀಸಲಾಗಿರುವ 85 ಹಾಸಿಗೆಗಳಿರುವ ವಾರ್ಡ್ ಆಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆಟೋಟಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ದೀರ್ಘಾವಧಿಯದ್ದಾಗಿದ್ದು, ಅವರ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ

ತೊಂದರೆ ಆಗದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಲು ದಾನಿಗಳ ಸಹಕಾರದಿಂದ ಕಲಿಕಾ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಸಹ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

- **ಸುಸಜ್ಜಿತ ಡೇ ಕೇರ್ ವಾರ್ಡ್**ನಲ್ಲಿ 40 ಹಾಸಿಗೆಗಳಿವೆ. ಕಿಮೋಥೆರಪಿ, ಅಂದರೆ, ರಾಸಾಯನಿಕ ಔಷಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ರೋಗಿಗಳು ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ದಿನಗಟ್ಟಲೆ ಇರಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಕಿಮೊಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬಂದು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದು ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಬಹುದು. ಇದಕ್ಕೆಂದೇ ಈ ಡೇ–ಕೇರ್ ವರ್ಡ್‌ನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಾರ್ಡ್‌ಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ 30 ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವ ಯೋಜನೆ ಇದೆ. ಕಿಮೋಥೆರಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಅನಗತ್ಯವಾದ ವಿಳಂಬಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ಇದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

- **ಶ್ರೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಧರ್ಮಸ್ಥಳ ಮಂಜುನಾಥೇಶ್ವರ ಬ್ಲಾಕ್‌**ನ್ನು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಹೊರರೋಗಿಗಳ ಕಟ್ಟಡದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಶ್ರೀ ಧರ್ಮಸ್ಥಳ ಮಂಜುನಾಥೇಶ್ವರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಟ್ರಸ್ಟ್ (ರಿ) ಇವರು ಪ್ರಾಯೋಜಿಸಿ ನಿರ್ಮಿಸಿರುವ ಈ ಕಟ್ಟಡದ ನಿರ್ಮಾಣ ವೆಚ್ಚ ಆರು ಕೋಟಿಗಳು. ಇಲ್ಲಿ 5 ಸುಸಜ್ಜಿತ ವಾರ್ಡ್ ಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 135 ಹಾಸಿಗೆಗಳು ಇವೆ. ಅಲ್ಲದೆ 12 ಕೊಠಡಿಗಳ ಓಪಿಡಿ ಸಹ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಶೌಚಾಲಯಗಳ ಸಹಿತ ರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ ನಿರೀಕ್ಷಣಾ ಹಾಲ್ ಒಂದಿದೆ. ನಾಲ್ಕು ಚಿಕ್ಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳಿವೆ (ಮೈನರ್ ಓ.ಟಿ.ಗಳಿವೆ.), ಟೆಲಿಮೆಡಿಸಿನ್ ಕೊಠಡಿ ಸಹಿತ ಒಂದು ಸೆಮಿನಾರ್ ಹಾಲ್ ಸಹ ಇದೆ.

- **ಶ್ರೀ ವೆಂಕಟೇಶ್ವರ ಧರ್ಮಶಾಲೆ**ಯಲ್ಲಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ವಿಶಿಷ್ಟವಾದವುಗಳು. ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಂದು ತಿಂಗಳುಗಟ್ಟಲೆ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಪಡೆಯುವಾಗ ಬೆಂಗಳೂರಿನಂತಹ ದುಬಾರಿ ನಗರದಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಕೂಲ ಇರುವ ಈ ಧರ್ಮಶಾಲೆ ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ಆಶ್ರಯಧಾಮವೇ ಸರಿ. ಒಳರೋಗಿಗಳಲ್ಲದವರು ಸಹ ಇಲ್ಲಿ ತಂಗಲು ಅವಕಾಶಗಳಿವೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆಯ ಸಮುದಾಯ ಯೋಜನೆಯ ಫಲವಾಗಿ ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡಿರುವ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ 250 ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಷ್ಟೇ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. 57 ಒಂಟಿ ಕೊಠಡಿಗಳು, ಪಾಕಶಾಲೆ, ಸ್ನಾನಗೃಹಗಳು ಮತ್ತು ಶೌಚಗೃಹಗಳ ಸಂಕೀರ್ಣ ಇಲ್ಲಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಡಾರ್ಮಿಟರಿ ವಸತಿಯೂ ಸಹ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ದಾನಿಗಳ ಸಹಕಾರದಿಂದ ಉಚಿತ ಊಟವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿದ್ದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯುವಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕರು ಹೊಲಿಗೆ, ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಬ್ಯಾಗ್, ಪೇಪರ್ ಕವರ್ ತಯಾರಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗುವಂತೆ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಶ್ರೀರಾಮಕೃಷ್ಣಾಶ್ರಮವು

ತನ್ನ ಸಹಾಯಹಸ್ತವನ್ನು ಚಾಚಿದೆ. ರೋಗಿಗಳ ಮನೋರಂಜನೆಗಾಗಿ ಇಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸಹ ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

- ಇನ್‌ಫೋಸಿಸ್ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯು ಇನ್ಫೋಸಿಸ್ ಫೌಂಡೇಷನ್‌ನವರು ಪ್ರಾಯೋಜಿಸಿರುವ ಕಟ್ಟಡವಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಶ್ರೀ ವೆಂಕಟೇಶ್ವರ ಧರ್ಮ ಶಾಲೆಯಂತೆಯೇ ಬಡರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ. ಉತ್ತರ ಭಾರತದ ದೂರಪ್ರದೇಶ ಗಳಿಂದ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಹಾಯಕರು ಇಲ್ಲಿ ತಂಗುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಿವೆ.

- ಕರ್ನಾಟಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಔಷಧ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ (ಕೆಸಿಡಿಎಫ್) ಮೂಲಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಗೆ ತಾನೂ ಸಹ ಹೆಗಲುಕೊಡುವ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯದ ಅಂಗವಾಗಿ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಒಂದನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ, ಔಷಧಿ ತಯಾರಕರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ದರದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನು ಈ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನವು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಹೊರಗಿನ ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳ ದರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಿಂದ ಶೇ.60ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ದರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿವಾರಕ ಔಷಧಿಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಎರಡು ಮಳಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಳಿಗೆಯು ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲವೂ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ದಾನಿಗಳ, ಪ್ರಾಯೋಜಕರ ಮತ್ತು ಔಷಧಿ ತಯಾರಿಕಾ ಕಂಪನಿಗಳ ಸಹಕಾರದೊಂದಿಗೆ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಟ್ರಸ್ಟ್ ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ.

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿವೆ. ರೋಗಿಗಳು ಬದುಕುಳಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ, ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 7 ದೊಡ್ಡ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳು ಇವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ 5 ಸಾಮಾನ್ಯ, 1 ಲ್ಯಾಪ್ರೋಸ್ಕೊಪಿಕ್ ಮತ್ತು 1 ಲೇಸರ್ ಸೌಲಭ್ಯವಿರುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳಾಗಿವೆ. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ತಕ್ಷಣದಲ್ಲಿಯೇ ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆರು ಸಣ್ಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳು ಇವೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ತೀವ್ರನಿಗಾ ಘಟಕಗಳು 10 ಇವೆ. ಒಂದು ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪಿ ಕೊಠಡಿ ಮತ್ತು ಕೆಳಹಂತದ 14 ಐಸಿಯುಗಳಿವೆ. 2014ರ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 5224 ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾದ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನು ಕೊಲ್ಲಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ದೇಹಭಾಗಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ವಿಕಿರಣಗಳನ್ನು ಹಾಯಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು

ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಕೋಟ್ಯಂತರ ರೂಪಾಯಿಗಳ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ 'ಕರೆಂಟು ಕೊಡೋದು' ಎಂದೇ ಪರಿಚಿತವಾಗಿದೆ. ಮೂರು ಟೆಲಿಕೊಬಾಲ್ಟ್ ಯಂತ್ರಗಳು, ಎರಡು ಲೀನಿಯರ್ ಆಕ್ಸಿಲರೇಟರ್ ಯಂತ್ರಗಳು, ಮಾನವಚಾಲಿತ ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಆರ್.ಡಿ. ಬ್ರಾಕಿಥೆರಪಿಯ ತಲಾ ಒಂದೊಂದು ಯಂತ್ರಗಳು ಈ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿವೆ. ಪರಮಾಣು ಪಪ್ಪುಶಾಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗವು ತನ್ನಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಗಾಮಾ ಕ್ಯಾಮರಾವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ & ಅಪ್‌ಟೇಕ್ ತಪಾಸಣೆ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ತಪಾಸಣೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮುನ್ನಿನ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತದೆ.

ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ, 18000 ರೋಗಿಗಳಿಗೆ 650 ಹಾಸಿಗೆಗಳಿವೆ. ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆರಂಭ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಈಗ, ಒಂದು ದಿನದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಹೊಸ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ನಾಲ್ಕುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ಒಂದು ದಿನದಲ್ಲಿ ಮರುಭೇಟಿಗಾಗಿ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಆರುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ವಾರಕ್ಕೆ 70 ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇರುವ 7 ದೊಡ್ಡ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾರಗಳು (ಓ.ಟಿ) ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿವೆ. ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದಷ್ಟೂ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಿಭಾಗದ ಈಗಿರುವ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳ ಮೇಲೆ ಕ್ರಮೇಣ ಒತ್ತಡ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾದುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರು ಮತ್ತು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿನ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹಲವು ಆರ್ಥಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕನಿಷ್ಠ ದರಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ವಾಜಪೇಯಿ ಆರೋಗ್ಯಶ್ರೀ (ವ್ಯಾಸ್) , ರಾಜೀವ್ ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಅರ್ಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸರಕಾರೀ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ 'ಜ್ಯೋತಿ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ' ಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರಿಗಾಗಿ 'ಯಶಸ್ವಿನಿ' ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಬುಡಕಟ್ಟುಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ರೋಗಿಗಳ ವಿಶೇಷ ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಮಿಕರ ರಾಜ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ (ಇ.ಎಸ್.ಐ), ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ,– ಸಿ.ಜಿ.ಹೆಚ್.ಎಸ್; 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿಧಿ'(ರ್‍ಯಾನ್) ಇತ್ಯಾದಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನ್ವಯ ರೋಗ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ದೂರಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬರುವ ಬಡರೋಗಿಗಳಿಗೆ ರೈಲ್ವೆ ಪ್ರಯಾಣದರದಲ್ಲಿ ರಿಯಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ.

ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ : ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜನ್ನೂ ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷತ್ತಿನಿಂದ ಅಂಗೀಕೃತ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದವಿ ತರಗತಿಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬೇಸಿಕ್ ನಂತರದ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ, ಎಂ.ಎಸ್ಸಿ. ಆಂಕಾಲಜಿ, ಎಂ.ಎಸ್ಸಿ., ರೇಡಿಯೇಷನ್ ಫಿಸಿಕ್ಸ್ ಕೋರ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಸಹ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಫೆಲೋಗಳು, ಭಾರತದ ವಿವಿಧ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದಾದ್ಯಂತ ಬರುವ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು, ರಾಜ್ಯದ ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ವಿವಿಧ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜುಗಳ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು, ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಬರುವ ಶಿಕ್ಷಕರು–ಇವರೆಲ್ಲರಿಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆ ಕುರಿತ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸಹ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ: ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕೈಗೊಂಡಿರುವ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಆಧಾರಿತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನೋಂದಣಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇಡೀ ದೇಶದಲ್ಲಿಯೇ ಅತ್ಯಂತ ಮಾದರಿ ಮತ್ತು ಮುಂಚೂಣಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿವೆ. ರೋಗನಿದಾನ, ಮಿಣಿಜೀವ ಮತ್ತು ಜೀವರಸಾಯನ ಶಾಸ್ತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಪಿ.ಹೆಚ್.ಡಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಜಾಗತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಯೋಗದಲ್ಲಿ ಮೂಲವಿಜ್ಞಾನ ವಿಷಯದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಸಂಶೋಧನಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿವೆ.

ದಾನಿಗಳ ಸಹಕಾರದಿಂದ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹಲವಾರು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ : ದಾನಿಗಳಿಂದ ದೇಣಿಗೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದು 135 ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಹಿತ ಹೊಸ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತ ಸರಕಾರದಿಂದ ಅನುದಾನ ಪಡೆದು ಎಂ.ಆರ್.ಐ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೇಣಿಗೆ ಪಡೆದು ಹಲವು ಹಳೆಯ ಕಟ್ಟಡಗಳನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ. ತೀವ್ರನಿಗಾಘಟಕಗಳಲ್ಲಿನ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಎರಡು ಲೀನಿಯರ್ ಆಕ್ಸಿಲರೇಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಸದಾಗಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು, ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ರೋಗಿಗಳ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಪೆರಿಫೆರಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೊನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

1. ಡಾ.ಎಚ್.ಡಿ.ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ, **ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳು,** ಪು.318
2. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್
3. ಪೈಲೆಟ್ ಮತ್ತು ಹಂಗರ್, **ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಲ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮ್ಯಾಥೆಡ್ಸ್,** 1993, ಪು.141–154
4. ಬರ್ಕ್‌ಬರ್ಗ್, **ಡಿಫರೆನ್ಸ್ ಇನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಜ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಶೆಂಟ್ಸ್,** 1984, ಪು.199–112
5. ಕೊಠಾರಿ ಸಿ.ಆರ್., **ರಿಸರ್ಚ್ ಮೆಥಡಾಲಜಿ,** 1990, ಪು.225–230
6. ಡಾ.ಜನೆಟ್ ಪರಮೇಶ್ವರ್, **ಸೈಕೋ ಸೋಶಿಯಲ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಶೆಂಟ್ಸ್,** 2001, ಪು.95
7. ವೋಲಿಸರ್ ಬಿ.ಜೆ. ಮತ್ತು ಎಂ.ಡಬ್ಲ್ಯು. ಬೋಹನನ್, **ಎ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಟ್ರಸ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಸ್ಕೇಲ್,** 1975, ಪು.352–359
8. ಪೈ ಎಸ್. ಮತ್ತು ಆರ್.ಎಲ್.ಕಪೂರ್, **ಬರ್ಡನ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಆಫ್ ಎ ಸೈಕಿಯಾಟ್ರಿಕ್ ಪೇಶೆಂಟ್,** 1981, ಪು.138–332
9. ಪೋಡಿಡಾನೋ ಎಂ.ಈ. ಮತ್ತು ಕೆ.ಹೆಲರ್, **ಮೆಜರ್ಸ್ ಆಫ್ ಫರ್‌ಸ್ವಿಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ್ ಫ್ರಂ ಫ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ,** 1983, ಪು.1–24
10. ಸೆಲ್ಲ, ದಿ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಪೇಶೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸ್ಪೋಸ್ ಇನ್‌ವಾಲ್ವಡ್ ಇನ್ **ಎಕ್ಸ್‌ಪಿರಿಮೆಂಟಲ್ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್,** 1993, ಪು.121–126
11. ಯಂಗ್ ಪಿ.ವಿ., **ಸೈಂಟಿಫಿಕ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಸರ್ವೆ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್,** 1975, ಪು.222–224
12. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್
13. ಅದೇ

ಅಧ್ಯಾಯ ಎರಡು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಅರ್ಥ, ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಇತಿಹಾಸ, ಲಕ್ಷಣಗಳು, ವಿಧಗಳು, ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

2.1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ

2.2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸ

2.3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು

2.4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ವಿಧಗಳು

2.5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು

2.6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ಎರಡು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಅರ್ಥ, ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಇತಿಹಾಸ, ಲಕ್ಷಣಗಳು, ವಿಧಗಳು, ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

'ಆರೋಗ್ಯವೇ ಮಹಾಭಾಗ್ಯ'ವೆಂದು ಎಲ್ಲ ಸಮುದಾಯಗಳು ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯವೇ ಸಕಲ. ಅದಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಏನೂ ಇಲ್ಲದ ಹಾಗೆ ಎಂದು ಪ್ರಚಲಿತ ಗಾದೆಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲ ಭಾಗ್ಯಗಳಿಗಿಂತ ಆರೋಗ್ಯಭಾಗ್ಯ ಶ್ರೇಷ್ಠ. ಅದಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಇದ್ದರೂ ಅನುಭವಿಸುವ ಭಾಗ್ಯವಿರುವದಿಲ್ಲ. ಕೋಟ್ಯಾಧೀಶನೊಬ್ಬ ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೆ ಅವನಿಗೆ ಅಷ್ಟೆಲ್ಲ ಐಶ್ವರ್ಯ ಸಂಪತ್ತು ಇದ್ದರೂ ತನಗೆ ಬೇಕಾದ ಆಹಾರಪದಾರ್ಥ, ಹಣ್ಣು-ಹಂಪಲಗಳನ್ನು ತಿನ್ನಲಾರದೆ ಜೀವನ ಪರ್ಯಂತ ಸೀಮಿತ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಬರುವವರೆಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬೆಲೆ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಕಹಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಿಹಿಯನ್ನು ಮನುಷ್ಯ ಅರಿಯುತ್ತಾನೆ. ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ದೊರೆಯಂತೆ ಅವನು ಜೀವನದ ಎಲ್ಲ ಸುಖವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯವು ಉಳಿದೆಲ್ಲ ಭಾಗ್ಯಗಳಿಗೆ ದಾರಿ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಎಲ್ಲವೂ ಆರೋಗ್ಯಕರ.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ಮನುಷ್ಯನ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಪದ್ಧತಿಯ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಲ್ಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಣಧರ್ಮಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಜೀವನದ ಸುಖ, ಸಂತೋಷಕ್ಕೆ ಅಡಿಪಾಯವಾಗಿದೆ. ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂವರ್ಧನೆಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಅದರ ಮೂಲಕವಾಗಿ ಸಮಾಜದ ಮೂಲ ಘಟಕವಾದ ವ್ಯಕ್ತಿ ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಂಡು ಬಲಸಂವರ್ಧನೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವಿಪುಲ ಅವಕಾಶ ಪಡೆದಿದ್ದಾನೆ. ಆರೋಗ್ಯಕರ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಮನಸ್ಸು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದು ಜೀವನವನ್ನು ಚೇತೋಹಾರಿಯಾಗಿಸುತ್ತದೆ.

2.1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ

"ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಅರ್ಬುದ ರೋಗ ಎಂದರೆ ಜೀವಕಣಗಳ ಅನಿಯಂತ್ರಿತವಾದ ಮತ್ತು ಸತತವಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೆಂದು ಅರ್ಥ."[1] ಒಂದು ಅವಯವದ (ಅಂಗ) ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶವಿಲ್ಲದೆ ನಿರ್ದೇಶನ ನಿಬಂಧನೆಗೊಳಪಡದೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಭಜನೆಯಾಗುವುದರ ಪ್ರತಿಫಲವೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎನ್ನಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕೆಂಬ ಸಹಜವಾದ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಮನ್ನಿಸಲು ಅಸಮರ್ಥವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅಷ್ಟೆ ಅಲ್ಲ, ಈ ಕಣಗಳು ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ. ಮನುಷ್ಯನು ಮಿಲಿಯಗಟ್ಟಲೆ ಅತಿಸೂಕ್ಷವಾದ ಜೀವಕಣಗಳಿಂದ ರೂಪಿತನಾಗಿದ್ದಾನೆ. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಜೀವಕಣ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವುದೇ ಅಂಡಾಣು ಮತ್ತು ವಿರ್ಯಾಣುಗಳೆಂಬ ಎರಡು ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಂಯೋಗದಿಂದ. ಈ ಎರಡು ಕಣಗಳು ಅನೇಕ ಕಣಗಳಾಗಿ ಒಡೆದು ಮನುಷ್ಯನ ದೇಹವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜೀವಕಣದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಂಶವಾಹಿ (ಜೀನ್) ಇರುತ್ತದೆ. ಇದು ಒಬ್ಬ ಉಪಾಧ್ಯಾಯನಂತೆ, ಒಂದು ಜೀವಕಣ ಏನು ಮಾಡಬೇಕು ಹೇಗೆ ವರ್ತಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರಣವಿಲ್ಲದೆ (ರೋಗ್ ಸೆಲ್) ವಿಭಜನೆಯಾಗಲು ಮತ್ತು ಬೆಳೆಯಲು ಮೊದಲು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕೆಂಬ ಹೇಳುವ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ರಮೇಣ ಈ ಕಣಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಅಂಗಾಂಶಗಳ (ಟಿಶ್ಯೂ) ಒಂದು ಗಂಟು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಗಂಟನ್ನು 'ಗೆಡ್ಡೆ' (ಟ್ಯೂಮರ್) ಎಂದು ಕರೆಯತ್ತಾರೆ. ಈ ಜೀವಕಣಗಳು ದೇಹದ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉಳಿಯುವುದಾದರೆ ಅಷ್ಟೊಂದು ಅಪಾಯ ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ, ಅವು ಶರೀರದ ಇತರ ಭಾಗ ಗಳಿಗೂ ಹರಡಿ, ಅಲ್ಲಿ ನೆಲಸಿ, ಆ ಆಂಗಗಳ ಸಹಜವಾದ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗಗಳ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸನಾಳದೊಳಹೊಕ್ಕು ಶರೀರದ ಇತರೆಡೆಗೆ ಕೊಂಡೊಯುತ್ತವೆ. ತನಗೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ಸ್ಥಳ ದೊರೆಯುವುದೇ ತಡ ಅದು ಅಲ್ಲಿಯೇ ನೆಲಸಿ ಬೆಳೆಯತೊಡಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ರೋಗದ ಸ್ಥಳಾಂತರ (ಮೆಟಾಸ್ಟಸಿಸ್) ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಈ ರೀತಿಯ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಸ್ಫೋಟವೆನ್ನುವಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ತೀವ್ರರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಮತ್ತು ಅಸಹಜ. ಈ ತೆರನಾದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಯಾವ ಶಿಸ್ತು ಮತ್ತು ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆಗೊಳಪಡದೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಯಾವ ಉದ್ದೇಶವೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಅದು ದೇಹಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಯಾವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೆಳೆಸಿದ ಬೆಳೆಯ ನಡುವೆ ಕಳೆ ಬೆಳೆದಂತೆ. ಕಳೆ ವೇಗಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದು ಬೆಳೆಯನ್ನು ನಾಶಪಡಿಸಿದಂತೆ ಗಂಥಿ ಕೋಶಗಳು ಬೆಳೆದು ದೇಹದ ಮತ್ತು ಜೀವದ ಉಳಿವಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ.

ಆ ಕೋಶಗಳು ಬೆಳೆದು ಗಂಟಾಗಿ ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಲೂ ಪ್ರದೇಶದೊಳಕ್ಕೆ ಏಡಿಯ ಕಾಲಿನಂತೆ ಚಾಚಿ ಅಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಪೋಷಕ ದ್ರವ್ಯಗಳನ್ನು ಹೀರಿ ಸಹಜ ಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಭಂಗವುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ 'ಗಂಥಿ' ಎಂಬ ಶಬ್ದವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತೇವೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ಈ ಬೆಳಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಕೊಡಿಸದಿದ್ದರೆ ಅದು ರೋಗಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುವುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಮೂಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ತುಣುಕುಗಳು ಕಳಚಲ್ಪಟ್ಟು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸನಾಳದೊಳಗೆ ಹೊಕ್ಕ ಆ ಪ್ರವಾಹದೊಟ್ಟಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗಿ ದೇಹದ ದೂರದೂರದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ತಳವೂರಿ ಅಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಪ್ರತಿರೂಪವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಮೂಳೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಈಲಿ, ಹಾಲ್ರಸಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಅಂತಹ ಮರಿ ಗಂಟುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರಿಂದಾಗಿ ಅಲ್ಲಿನ ಸಹಜ ಕೋಶಗಳು ಧ್ವಂಸಗೊಳ್ಳತೊಡಗುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಯಾವುದೇ ವರ್ಣ, ಬುಡಕಟ್ಟು, ಇಲ್ಲವೆ, ರಾಷ್ಟ್ರ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ವಯೊಮಾನದ ಮಿತಿಯಿಲ್ಲ, ಇದಕ್ಕೆ ಲಿಂಗಭೇದವಿಲ್ಲ. ಮನುಷ್ಯ ಜೀವರಾಶಿಯಲ್ಲವೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಈಡಾಗಬಲ್ಲದು. ಯಾವುದೇ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುಬಹುದಾದರೂ, ಕೆಲವೊಂದು ಭಾಗಗಳು ಅದು ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪಡೆದಿದೆ. ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಪಚನಾಂಗ, ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟದ ಮಂಡಲಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ, ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಆ ಕಾರಣ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಅಥವಾ ಒಸರಿಕೆ, ಸ್ತನ ಮತ್ತಿತರ ದೇಹಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ನೋವಿಲ್ಲದ ಗಂಟು, ಯೋಗ್ಯ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರವೂ ಮಾಯದೆ ಉಳಿದ ವ್ರಣ, ಮಲಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ, ಗೊಗ್ಗರು ಧ್ವನಿ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗದ ಕೆಮ್ಮು, ಅಪಚನ ಹಾಗೂ ನುಂಗುವ ತೊಂದರೆ, ದೇಹದಲ್ಲಿನ ನರಹುಲಿ, ಮಚ್ಚೆಗಳ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಏಕಾಏಕಿ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾಗುವುದು–ಇವುಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಸಂಕೇತಗಳು ಎಂದು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲೆಡೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಸೂಚಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ, ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕುರುಹಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸು ದಾಟಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಬಹುದಾದ್ದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದಿರಬೇಕು. ಅಂತಹ ಸಂಕೇತಗಳು ಎರಡು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದದೆ ಉಳಿದರೆ ವಿವರವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತನ್ನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುವ ಮುನ್ನವೇ ಗುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟರೆ ಅದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸಾಧ್ಯತೆಯು ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸನ್ನು ತಲುಪಿದವರು ಪ್ರತಿವರ್ಷ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳೊಪಡುವುದಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸ್-ರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ, ರಕ್ತ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಒಳಸುರಿಕೆಗಳ ಲೇಪನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಬಲ್ಲವು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಗೌಣ, ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಯಾರ ಗಮನವನ್ನು ಅದು ಸೆಳೆಯದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅದು ತೋರಿಸುವ ಸಂಕೇತಗಳು ಅಲಕ್ಷಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ರೋಗವು ತೀವ್ರ ಘಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವದರೊಳಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗ ದೇಹದ ಬೇರೊಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹರಡಿ ಅಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತೋರಿಬರುವವರಿಗೂ ಕಾಲ ವಿಳಂಬವಾಗುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಅತ್ಯಮೂಲ್ಯ ಸಮಯ ಹಾಳಾಗಿ ಹೋಗುವುದು. ನೋವು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಲಕ್ಷಣವಲ್ಲ, ಅದು ರೋಗ ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಜೀವಾಣು ವಿಷಾಣುಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸೋಂಕುರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅನೇಕ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳಿವೆ. ಕಾಲರಾ, ವಿಷಮಜ್ವರ, ಪೋಲಿಯೋ ಮೊದಲಾದ ರೋಗಗಳು ಹರಡಲು ಪರಿಸರದ ಮಾಲಿನ್ಯತೆ ಅನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಾತಾವರಣ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಲಸಿಕೆಗಳು ಈ ರೋಗಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ತಪ್ಪಿಸಬಲ್ಲವು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಯಾವ ಲಸಿಕೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಗಿಲ್ಲ. ವಿಪುಲ ಧೂಮಪಾನ, ವಿಕಿರಣಕ್ಕೆ ಈಡಾಗು ವುದು, ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು, ಬಣ್ಣಗಳು, ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ವಾಹನಗಳು ಕಾರುವ ಹೊಗೆ. ಕಲ್ನಾರು. ತಾರೆಣ್ಣೆ, ಉರಿಯುವ ಕಲ್ಲಿದ್ದಲು ಮಡಕೆಯ ಬಿಸಿ, ತಂಬಾಕು ಚಟ, ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಾಲಿನ್ಯತೆಯಿಂದಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಬುನಾದಿಯನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಟ್ಟಂತಾಗು ತ್ತದೆ. ಇವುಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಡದಿದ್ದರೆ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತಪ್ಪಿಸಬಹುದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಹುಣ್ಣುಗಳು, ವ್ರಣಗಳು ಮಾಯ್ದು ಉಂಟು ಮಾಡಿದ ಕಲೆಗಟ್ಟು ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಭೂಮಿಕೆ ಒದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಅಭದ್ರ ಗೊಂಡು ಕೋಶಗಳ ರೂಪಾಂತರಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಈ ರೋಗ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗವು ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಸಾಗಿಬರುವುದಿಲ್ಲ ವಾದರೂ, ಕೆಲವೊಂದು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವೊಂದು ಗಂಥಿಗಳು ವೇಗದ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅವು ಕೆಲವೇ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ದ್ವಿಗುಣಗೊಳ್ಳಬಹುದು, ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ತಮ್ಮ

ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿ ಅನೇಕ ತಿಂಗಳು ಅಥವಾ ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಗೋಚರಿಸಬಯುದು. ಈ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಮೂಲ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದಾಗ ಅವು ಸುಲಭವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಮಡಿಯಬಲ್ಲವು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲದು. ಅವು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಪಸರಿಸಿದಾಗ ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಕಾರಿಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಅಲ್ಲಿನ ಸಹಜ ಕೋಶಗಳ ಮಧ್ಯೆ ತಮ್ಮ ಬಾಹುಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ದಿಕ್ಕುಗಳತ್ತ ಹಾಕಿರುವುದರಿಂದ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ. ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ತುಂಬ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ವಲಸೆ ಹೋದಾಗ ಅವುಗಳು ಗುಣಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಬೇಗ ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವುದರಿಂದ ರೋಗದ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಗಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸೌಮ್ಯವಾದವು ಇರುತ್ತವೆ. ಅವು ಮಾರಕ ಗಂಥಿಗಳಷ್ಟು ಭೀಕರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಆದ್ದರಿಂದ, ಕೆಲವು ಗಂಥಿಗಳು ಅಮಾರಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಕೋಶಗಳತ್ತ ಹರಡಬಹುದೇ ವಿನಃ, ದೇಹದ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಗುಳೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತೆ ಬೆಳೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳ ಇರುವ ಸ್ಥಳ, ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಸುತ್ತಣ ಅಂಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಒತ್ತಡದಿಂದಾಗಿ ತಮ್ಮ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೂ, ಈ ರೀತಿಯ ಗಂಥಿಗಳು ಪೂರಕ ಗಂಥಿಗಳಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಮಾಂಸ ಗಂಥಿಗಳು (ಸಾರ್ಕೋಮಾ) ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಒಂದು ರೂಪವಾಗಿದ್ದು, ಅವು ವೇಗಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆದು ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದ ಮೂಲಕ ಸಾಗಿ ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಅವು ನಾರೆಳೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳು ವಿಪುಲವಾಗಿರುವ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಬೆಳೆದು ಮಾಂಸದ ಮುದ್ದೆಯಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಶಿಕೆಯ ಭಿತ್ತಿಗಳು ತುಂಬಾ ತೆಳವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ ಸಾಮಾನ್ಯ, ಈ ಗಂಥಿಗಳನ್ನು ಅವುಗಳು ಸುತ್ತುವರಿದ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕು. ಅದಿಲ್ಲವಾದರೆ ಅವುಗಳ ಮೇಲ್ಪದಿಯ ಚರ್ಮ ಒಡೆದು ಹುಣ್ಣಾಗಿ ಕೊಳೆತು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಅವು ವಿಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಬಗ್ಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದು ಮೂಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲಾಗಲಿ ಅಥವಾ ವಲಸೆ ಹೋದ ಸ್ಥಳದ ಮೇಲಾಗಲಿ ಯಾವ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಗುಣಲಕ್ಷಣ ಸ್ಫೋಟಗೊಳ್ಳುವ ಮುನ್ನವೇ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಶಯ ತಾಳಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ರೋಗದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಾಧ್ಯ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೆ ಮಧ್ಯವಯಸ್ಸನ್ನು ದಾಟಿದ ಮೇಲೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ವಾರ್ಷಿಕ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಸುಳಿವನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಎಲ್ಲಿವೆಯೊ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಿ, ಅಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲದೆ ರಕ್ತ

ಪರೀಕ್ಷೆ. ಕ್ಷ–ಕಿರಣ ಪರೀಕ್ಷೆ. ಬೇರಿಯಂ ಪರೀಕ್ಷೆ. ಪ್ಯಾಪ್‌ಲೇಪನ ಪರೀಕ್ಷೆ. ಮತ್ತು ಒಳಾಂಗ ದರ್ಶನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು, ಅಲ್ಲದೆ, ವೈದ್ಯರು ಸಲಹೆ ನೀಡುವ ಇತರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿರೋಗಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನ. ದೇಹದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿನ ರೋಗದ ತಾಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅದನ್ನು ಅಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮೂಲಕ ಕತ್ತರಿಸಿಹಾಕಿದಲ್ಲಿ, ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ರೋಗದಿಂದ ಮುಕ್ತನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ವೇಳೆಗೆ ಅದು ಹರಡಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳು ದೇಹದ ಉಳಿವಿಕೆಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಬಲ್ಲವು. ವಿಕಿರಿಣಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಿಕಿರಣ ವಸ್ತುವನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಸೂಜಿಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ, ರೇಡಿಯಂ, ಕೊಬಾಲ್ಟ್‌ನ ಪ್ರಖರ ಕಿರಣಗಳು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಂಥಿಗಳಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ದೇಹದ ಪೋಷಕ ದ್ರವ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತವೆ. ಅದೇ ವಸ್ತುವನ್ನು ಹೋಲುವಂಥಹ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ ಆ ಕೋಶಗಳು ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ನಾಶ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲದೆ ಲೈಂಗಿಕ ರಸದೂತಗಳನ್ನು ಶುಕ್ಲ ಗ್ರಂಥಿಯ ಮತ್ತು ಸ್ತನದ ಮುಂದುವರೆದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ಮಾರಕವಾದ ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ರಸಾಯನಿಕ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ತನ್ನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದಾಗ ಉಪಯುಕ್ತರವಾದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೀರಬಲ್ಲದು. ಮಾನವಕುಲದ ಶತ್ರುವಾದ ಈ ಭಯಂಕರ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಯುವಲ್ಲಿ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಇನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೂ, ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅನೇಕ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳು ಗುರಿಯ ಸಮೀಪಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ಭರವಸೆಯನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಒಳಾಂಗ ದರ್ಶನ ಸಾಧನಗಳು ಎಕ್ಸ್–ರೇ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿರುವ ಹೊಸ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಶ್ರವಣಾತೀತ ಧ್ವನಿಚಿತ್ರಣ ಮೊದಲಾದವುಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ತಂದಿವೆ. ರೋಗವಿನ್ನು ಗೌಣವಾಗಿದ್ದಾಗ ಅದರ ಇರುವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳುವ ಅವಕಾಶ ಒದಗಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ.

ನಿಯೋಪ್ಲೇಸಿಯಾ ಎಂದರೆ ಹೊಸ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಆ ರೀತಿ ಹೊಸದಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾದ ಗಂಥಿಗೆ ನಿಯೋಪ್ಲಾಸಂ ಗಂಥಿ ಅಥವಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವುದು. ಆದರೆ, ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳೆಲ್ಲ ಗಂಥಿಗಳಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ದೈಹಿಕ ಅಂಗ ಭಾಗಗಳ ಮತ್ತು ಊತಕಗಳ ರಿಪೇರಿಗಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಕೋಶ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಗಂಥಿಯಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿ ಊತಕಗಳ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿಗೆ ಅಥವಾ ರಸಧೂತಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೂ ಗಂಥಿಯಿಲ್ಲ.

ನಮ್ಮ ದೇಹವು ಅಗಣಿತ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಂದ ರಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಅವು ನಮ್ಮ ಜೀವದ ಮೂಲಭೂತ ಘಟಕ. ಅವು ವಿಭಜನೆಗೊಂಡು ತಮ್ಮ ಪ್ರತಿರೂಪವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಒಂದೊಂದು ಬಗೆಯ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಒಂದೊಂದು ಬಗೆಯ ಜೀವಕೋಶಗಳು, ಅವುಗಳ ಒಂದೊಂದು ಗುಂಪು ದೇಹದ ಒಂದೊಂದು ಅಂಗ ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆ ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಈಲಿ, ಮತ್ತು ಮೆದುಳು, ಜಠರ, ಥೈರಾಯಿಡ್, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಮುಂತಾದವು.

ಒಂದೊಂದು ಬಗೆಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂಗಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಗುಂಪಾಗಿ ಊತಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಪಚನಿಕನಾಳ, ನರಮಂಡಲ, ಹೃದಯ, ರಕ್ತನಾಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮುಂತಾದವುಗಳು.

ಬಾಲ್ಯದಿಂದ ವಯಸ್ಕತನದವರೆಗೆ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಭಾಗಗಳು ಮತ್ತು ಊತಕಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಅಗಣಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನಗೊಂಡು ತಮ್ಮ ಪ್ರತಿರೂಪವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ನಾವು ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಬಂದ ಮೇಲೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಲುಗಡೆಯಾದರೂ, ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸವಕಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಲು ಮತ್ತು ರಿಪೇರಿ ಮಾಡಲು ಜೀವಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ, ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗ, ಆ ಭಾಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಆಗಬೇಕು, ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಬೆಳೆಯಬೇಕು, ಅದರ ನಿಲುಗಡೆ ಯಾವಾಗ, ಅದರ ಚಟುವಟಿಕೆ ಹೇಗೆ ಅಗೋಚರವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿರಬೇಕು – ಎಂಬುದೆಲ್ಲಾ ದೇಹದ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುತ್ತದೆ.

ಆದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಈ ನಿಯಮಗಳೆಲ್ಲಾ ಗಾಳಿಗೆ ತೂರಿಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಅಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದೆ ಬಿನ್ನಗೊಂಡು ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ತಾವಿರುವ ಅಂಗಭಾಗದ ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ನಾಶ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಲ್ಲದೆ ಮುಂದುವರೆದು ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ. ಸುತ್ತಣ ಸಹಜಕೋಶಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೀರಿ ಅವು ತಮ್ಮ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುತ್ತವೆ.

ಅಲ್ಲದೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಸಹಜ ಜೀವಕೋಶಗಳಂತೆ ದೇಹದ ಒಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಿಮೀತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಊತಕಗಳತ್ತ ಯಾವ ಅಡೆತಡೆಯಿಲ್ಲದೆ ಬೆಳೆದು ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯವ್ಯತ್ಯಯ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಮೂಲ ಗಂಟಿನಿಂದ ಕಳಚಿ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಅಲ್ಲಿನ ರಕ್ತ ಇಲ್ಲವೆ, ಹಾಲ್ರಸ ಪ್ರವಾಹದೊಂದಿಗೆ ಸಾಗಿ ದೂರದೂರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ವಸಾಹತುಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಮರುಚಲ

ಗಂಟುಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯೂ ಅವು ಸಹಜ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಾರವನ್ನು ಹೀರಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೆಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ.

ಗಂಥಿಯೆಂದರೆ ಅದೊಂದು ಊತಕದ ಗಂಟು ಅಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ಯಾವ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯೂ ಇಲ್ಲದೆ, ತಾನೇ ತಾನಾಗಿ ಯಾವ ಉದ್ದೇಶವೂ ಇಲ್ಲದೆ ಬೆಳೆದ ಕೋಶವದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ವಿಧ ಸೌಮ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾರಕ. ಸೌಮ್ಯ ಗಂಥಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಧಾನ. ಪರಿಮಿತ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದು ಆತಿಥೇಯನಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಮಾರಕ ಗಂಥಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗದ ಗತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಅವು ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹರಡಿ ಅತಿಥೇಯನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದರೆ ಏಡಿ ಇದ್ದಂತೆ. ಏಡಿಯು ತನ್ನ ವೈರಿಗಳ ಮೇಲೆ ದಾಳಿ ಮಾಡಿ ಗಟ್ಟಿ ಯಾಗಿ ಹಿಡಿಯುವುದಲ್ಲದೆ ಅದರ ಚಲನವಲನ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಾಲ್ಕು ದಿಕ್ಕುಗಳಿಗೂ ಮುಖ ಮಾಡಿ ಚಲಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೂಡ ದಾಳಿ ನಡೆಸಿ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ನಾಶ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅವು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಮೂಲಭೂತ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು, ತಿರುಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಹಂದರ. ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿನ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿ ತಮ್ಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಸಂಪರ್ಕ ಊತಕ ತಂತುಗಳು ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಅದಕ್ಕೊಂದು ಹಂದರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಅದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ತಿರುಳ ಗಂಥಿಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಅಥವಾ ಅಂಗದ ಯಾವ ಯಾವ ಭಾಗದಿಂದ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದೆಯೋ ಆ ಹೆಸರನ್ನು ಅದು ಪಡೆದು 'ವೋಮಾ' ಎಂಬ ಶಬ್ದದಿಂದ ಕೊನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ವೇಗವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಬಹುಶಃ ವೇಗದ ಗತಿಯ ಮೇಲೆ ಅವುಗಳು ಇರುವ ಊತಕ ಪಡೆದು ಕೊಂಡಿರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವಂತೆ ತೋರುತ್ತವೆ. ವೇಗಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ವಸಾಹತುವನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟು ಮಾಡಿ ದೇಹಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮೂಲ ಗಂಥಿಯೇ ಗೌಣವಾಗಿ ಅವು ಉಂಟು ಮಾಡಿದ ಮರುಚಲ ಗಂಥಿಗಳೇ ತಮ್ಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಂಟನ್ನು ಗಂಥಿಯೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಸ್ಪರ್ಶಕ್ಕೆ ತುಂಬ ಬಿರುಸು. ತನ್ನ ಸುತ್ತಣ ಕೋಶಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಬೆಳೆದು ಭದ್ರವಾಗಿ ನೆಲೆಯೂರುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ತೋರಿ ಬರುವ ಗಂಟುಗಳೆಲ್ಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಂಥಿಗಳಲ್ಲ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕವು ನರಹುಲಿ ಯಂತೆ ಬುಡ್ಡೆಗಳಂತೆ ಸೌಮ್ಯ ಗಂಟುಗಳಂತೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಗಂಟಿನ ತುಣುಕೊಂದನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ಇಲ್ಲವೆ, ಸೂಜಿಯಿಂದ ಹೀರಿ ಆ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ವರ್ಣಲೇಪನ ನೀಡಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಡಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ, ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಂಥಿಯೋ ಅಲ್ಲವೋ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೋಗವಲ್ಲವಾದರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿನ ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿವೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಬಗೆಯ ಅಂಗಭಾಗಗಳು ಮತ್ತು ಊತಕಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೂಪಗಳು ಪೀಳಿಗೆಗೆ ಸಾಗಿಹೋಗಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೋಂಕಿನ ಅಂಟುಜಾಡ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೇರೂರುವುದನ್ನು ನಿರೋಧಿಸುವ ಅಂತರ್ಗತ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ಒಳ ಅಂಗಭಾಗದ ಮೇಲ್ತಳದ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಂಥಿಯನ್ನು ಕಾರ್ಸಿನೊಮಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಭಿನ್ನ ರೀತಿಯ ಅಂಗಭಾಗಗಳ ಹಂದರದಂತಿರುವ ಸಂಪರ್ಕ ಎಳೆಗಳ ಊತಕಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಂಥಿ ಸಾರ್ಕೋಮ. ಅದು ನಾರಳೆಯ ಊತಕ ಸ್ನಾಯು, ನೆಣ, ಮೂಳೆ, ಮೃದ್ವಸ್ಥಿ, ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳಿಂದ ಉಗಮಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿಯನ್ನು ಲುಕೇಮಿಯಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತವನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುವ ಮೂಳೆ ತಿರುಳು ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಅಂಗಭಾಗಗಳು (ಈಲಿ, ತೊರಳೆ) ಬಹು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಪಕ್ವಗೊಳ್ಳದ ಅಸಹಜ ರೀತಿಯ ಬೀಳ್ಕಣಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಥಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿಯನ್ನು ಲಿಂಫೋಮಾ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಊತಕಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕಾಣುವ ಕಾಣದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗಗತಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ದೂರ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹರಡಿಕೆ ಇವುಗಳನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಗಂಥಿಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಗಂಥಿಗಂಟಿನ ಬಣ್ಣ, ರಚನೆ. ಸಾಂದ್ರತೆ (ಗಡಸು, ಮೆದು) ಸುತ್ತಣ ಊತಕಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನ. ಅದು ಚೂಚುಕದಂತೆ ಹುಲುಸು ಬೆಳೆಯದಂತೆ ಒಳಗೆ ಹರಡಿ, ಇಲ್ಲವೆ ಹುಣ್ಣಾಗಿ, ಬುಡ್ಡೆಯಾಗಿ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ ತೋರಿಸಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು.

ಒಂದು ಅಂಗಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ ತೋರಿಸದೆ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಎಚ್ಚರವನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ, ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಅದರ ಹೆಚ್ಚಳತೆವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲೂಬಹುದು. ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಮೇಲ್ತಳದ, ಇಲ್ಲವೆ, ನಡು ರಜದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ರೂಪಾಂತರಗೊಂಡು ಯಾವುದೇ ನಿಯಮ, ಬದ್ಧತೆಯಿಲ್ಲದೆ ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯಾಬಲ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರಬಹುದು. ಗಂಥಿಕೋಶ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪೂರ್ವರೂಪವಾಗಿ ಬಾಯಿ, ಚರ್ಮ, ಉಸಿರುನಾಳ, ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಮೇಲ್ತಳದ ಕೋಶಗಳು ಬೆಳೆದು ಅಡಿಪಾಯದ ಪದರನ್ನು ದಾಟಿದ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರ ರೂಪಾಂತರಗೊಂಡ ಕಾರಣ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಗೋಚರಕ್ಕೆ

ಬರಬಹುದು. ಸೌಮ್ಯ ಗಂಥಿಗಳು ಕವಚ ಹೊಂದಿ ದುಂಡಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅಂಡಾಕಾರ ಹೊಂದಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಕೈಗೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ಎಟುಕುತ್ತವೆ. ಆಡಿ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಬಲವಾಗಿ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳದೆ ಅತ್ತಿತ್ತ ಚಲಿಸುತ್ತವೆ. ಮಾರಕ ಗಂಥಿಗಳ ಅಂಚು ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಸುತ್ತಣ ಊತಕಗಳೊಡನೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮರುಚಲ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ, ಆರಕ್ತತೆ ಮತ್ತು ಕೊಳೆತ ಉಂಟಾಗಿ ವ್ರಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಬಿರುಸಾಗಿದ್ದರೆ, ಸಾರ್ಕೋಮಾ ಮೀನಿನ ಮಾಂಸದಂತಿರುತ್ತದೆ. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಡಿ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ಗಂಥಿಯಂತೆ ಸಾಲು ಸಾಲಾಗಿ ಪದರು ಪದರಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿನ ಕೋಶಗಳು ಸಹಜ ಕೋಶಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿದ್ದು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗಗತಿಯು ಸಹಜ ಕೋಶಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು. ಗಂಥಿ ಕೋಶಗಳು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಸುತ್ತ ಹರಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಅವು ಕಳಚಿ ಹಾಲ್ರಸನಾಳ, ರಕ್ತನಾಳ, ಪಚನಿಕನಾಳ, ಮೇಲ್ತಳ ಕೋಶ, ಉದರ, ಅಂಗಗಳ ಸೂತ್ಪರೆ, ಮತ್ತು ಮಿದುಳುಬಳ್ಳಿ ದ್ರವದ ಮೂಲಕ ಹರಡುತ್ತವೆ.

ದೇಹದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಗಂಥಿಯ ಗಂಟು ಅಂಗಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲವೆ ನಾಳದಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸಹಜ ಊತಕಗಳನ್ನು ನಾಶಮಾಡಿ, ಅಲ್ಲಿ ವ್ರಣವನ್ನು ಅಳಿಗೊಳಪನ್ನು ಇಲ್ಲವೆ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದೇಹದ ತೂಕ ಇಳಿಸಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಸವಕಲಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ರಸದೂತಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕಿ ಅವುಗಳ ಹೆಚ್ಚಳದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಬಹುದು. ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ನರಮಂಡಲದ ಮೇಲೆ ತಮ್ಮ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿ ಅವುಗಳ ವೈಪರೀತ್ಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ, ಅದು ರಕ್ತ ಕೊರತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

2.2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸ

ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅತಿ ಭಯಂಕರವಾದುದು ಎಂದು ಜನ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ಜೀವನ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಎಂದೇ ಜನರ ಬಾಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಘರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಅರಿಯಲು ಅಹರ್ನಿಶಿ ಶ್ರಮಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಶೋಧನೆ ಮುಂದುವರೆದಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ನಿಜಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಬಿಚ್ಚಿಡುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಅದು ಹೊಸದಾಗಿ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಒಡ್ಡುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದೆ. ಆಗಾಧ ಜ್ಞಾನವು ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ, ನಾವು ಇನ್ನೂ ಇದರ ಆರಂಭಿಕ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆದಿಲ್ಲವೆನ್ನುವಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಇದು ನಿಗೂಢವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಅನುವಂಶಿಕ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ಹಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಜೀವನಶೈಲಿಗೆ, ಪರಿಸರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೊಂಡಿ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿವೆ.

"ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ತುಂಬ ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದ ಮನಕುಲದ ಮೇಲೆ ತನ್ನ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತ ಬಂದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಚೀನ ವೈದ್ಯಬರವಣಿಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿದೆ. 25 ಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಹಿಂದೆ ಜೀವಿಸಿದ್ದ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದ ಪಿತಾಮಹ ಹಿಪೋಕ್ರೇಟಿಸ್‌ನು ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಗಂಟು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ಅದಕ್ಕೆ ಉಬ್ಬಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯಾಗುವುದು, ಹಾಗೆಯೇ ಉಬ್ಬಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಅದರಿಂದ ಹೊರಬರುವದು, ಏಡಿಯ ಕಾಲಿನಂತೆ ತೋರಿಬರುವದನ್ನು ಕಂಡು ಅದನ್ನು ಕಾಕಿನೋಯಿಸ್ ಎಂದು ಕರೆದ. ಪ್ರಾಚೀನ ಭಾರತದ ವೈದ್ಯ ಶಾಸ್ತ್ರದ ಪಿತಾಮಹ ಶುಶ್ರುತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಂಟು ಹುಣ್ಣಾಗಿ ಮಾಯುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದು ತನ್ನ ಬೀಜಗಳನ್ನು ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ವಿವರಿಸಿದನು."[2] "ಗ್ರೀಕ್ ಭಾಷೆಯ 'ಕಾರ್ಕಿನೋಸ್' ಎಂಬ ಪದದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬ ಪದ ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇದರ ಅರ್ಥ ಏಡಿ ಎಂದು. ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಕರ್ಕಾಟಕ ರೋಗವೆಂದು ದಾಖಲಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಸಂಸ್ಕೃತದಲ್ಲೂ 'ಕರ್ಕ' ಎಂದರೆ ಏಡಿ ಎಂದೇ ಅರ್ಥ. ಏಡಿಯು ಹೇಗೆ ತನ್ನ ಹಿಡಿತವನ್ನು ಬಿಗಿಗೊಳಿಸಿ ಬೇಟೆಯನ್ನು ಬಲಿಹಾಕುತ್ತದೆಯೊ, ಹಾಗೆಯೇ, ತನ್ನ ಮೂಲಗೆಡ್ಡೆ ಸಣ್ಣದ್ದಿದ್ದರೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೂಡ ಉದ್ದುದ್ದ ರಚನೆಗಳನ್ನು, ಬಿಳಿಲುಗಳನ್ನು ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಇಳಿಸಿ ತನ್ನ ಇರುವನ್ನು ಹಬ್ಬಿಸುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಸಾಮ್ಯದಿಂದಲೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಕಿನೋಸ್ ಅಥವಾ ಕರ್ಕಾಟಕ ರೋಗವೆಂಬುದು ಅನ್ವರ್ಥವಾಗಿದೆ."[3] ಗ್ರೀಕ್ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ದೇಹವನ್ನು ಬಗೆದು ನೋಡುವ ಪದ್ಧತಿ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಹಿಪೋಕ್ರೆಟಸ್‌ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಕೇವಲ ಹೊರ ಭಾಗದ ಚಿತ್ರ ಬಳಿಸಿ ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ. ಚರ್ಮ ಮೂಗು ಮತ್ತು ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಕೈಯಿಂದ ಬಿಡಿಸಿದ. ಹ್ಯೂಮರ ಪ್ರಮೇಯದಂತೆ ನಾಲ್ಕು ಮೂಲ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಹ್ಯೂಮರ ಪ್ರಕಾರ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ, ರಕ್ತ ಸೇರಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ವಿಚೇರಕಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಹ್ಯೂಮರ ಪದ್ಧತಿಯು 19ನೆಯ ಶತಮಾನದವರೆಗೂ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿತ್ತು ಅದೇ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಸಂಶೋಧಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯು ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಹುಟ್ಟಬಹುದೆಂದು ಸಂಶೋಧನೆ ಮಾಡಿದರು. ಈಜಿಪ್ಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾಪದ್ಧತಿ ಎಂಬುದು ಇತಿಹಾಸದಿಂದ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು ಕ್ರಿ.ಪೂ. 1600 ರಲ್ಲಿಯೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದವು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಲ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಕ್ವಾಟರೈಜೇಶನ್(ಬರೆ ಹಾಕುವ ಪದ್ಧತಿ) ಮೂಲಕ ಗುಣಪಡಿಸಿದ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಣೆ ಇದೆ. ಇದನ್ನು ಫೈರ್ ಡ್ರಿಲ್ ಎಂದು ಕರೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇಲ್ಲಿನ ಬರಹದಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿವರಣೆ ಇದೆ. ಸುಮಾರು ಕ್ರಿ.ಶ.1020ರಲ್ಲಿ ಅವಿಸಿನ್ನಾ ಎಂಬಾತನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಹಾರವಿದೆ ಎಂದು 'ದಿ ಕ್ಯಾನನ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್'ನಲ್ಲಿ

ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ. ಅತ ಹೇಳಿದ ಪ್ರಕಾರ ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿತೆಗೆದು ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಕೋಶವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ್ದಾನೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಭಾಗವನ್ನು ಹೊಡೆದು ಹಾಕಲು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಕ್ವಾಟರೈಜೇಶನ್(ಬರೆ ಹಾಕುವ ಮೂಲಕ) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬಹುದೆಂದು ಆತ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದ್ದಾನೆ.

ಸುಮಾರು 16 ಮತ್ತು 17ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪದ್ಧತಿಯು ಬಹಳಷ್ಟು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಯಿತು. ರೋಗಿಯ ಸಾವಿನ ಕಾರಣ ತಿಳಿಯಲು ಆಯಾ ಭಾಗದ ಕೋಶವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ಪರಿಪಾಟಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡರು. ಜರ್ಮನಿಯ ಪ್ರೊಫೆಸರ ವಿಲ್ ಹೆಲ್ಮ ಫಾಬ್ರಿ ಹೇಳಿದಂತೆ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಅಲ್ಲಿನ ಹಾಲು ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿನ ಕೊಳವೆಗಳಲ್ಲಿ ಗಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳದಾಗಿದೆ ಎಂದಿದ್ದಾನೆ. ಡಚ್ ಪ್ರೊಫೆಸರ್ ಫ್ರಾಂಕೋಯಿಸ್ ಡಿ. ಲಾ. ಬೊಯಿ ಸಿಲ್ವಿಯಸನು ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ರಸಾಯನಿಕ ಸಂಸ್ಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳೇ ಕಾರಣ ಎಂದು ಹೇಳಿದ ಅಲ್ಲದೆ ಆಮ್ಲೀಯ ದ್ರವ ಕೀವಿನಿಂದಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾನೆ. ಆತನ ಸಮಕಾಲಿನ ವಿಜ್ಞಾನಿ ನಿಕೋಲೇಸ್ ಟಲ್ಪ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೋಗ ಎಂದಿದ್ದಾನೆ. ಬ್ರಿಟೀಷ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕ ಪರ್ಸಿವಾಲ್ ಪಾಟ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಣವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿದ. 1775 ರಲ್ಲಿ ವೃಷಣದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಮಣಿ ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿತ್ತೆಂದು ಆತ ಕಂಡು ಹಿಡಿದ. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಆವಿಷ್ಕಾರ 18 ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿತು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಿಳಿದ್ರವ ಕೀವು ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಪಸರಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆಂದು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಒಂದು ಸ್ಥಳದಿಂದ ಇನ್ನೊಂದು ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯಿಂದ ವ್ಯಾದಿ ವ್ಯಾಪಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದರು. 1871 ಮತ್ತು 1874ರ ಮಧ್ಯ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಬೆಲ್ ಡೆ ಮಾರ್ಗನ್ ಎಂಬಾತನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪದ್ದತಿ ಬಳಸಿದ್ದ. ಸ್ಕಾಟಿಶ್ ಜನಪ್ರಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕ ಅಲೆಕ್ಸಾಂಡರ್ ಮನ್ರೊ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ. 60 ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಇಬ್ಬರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ತನ್ನ ಪ್ರಯೋಗದಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ್ದಾನೆ.

ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂ ನಿಯಂತ್ರಿತ ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಗಳು 19ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದವು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪರಿಹಾರವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿತು. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬದುಕುಳಿಯುವರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರಿಕೆ ಕಂಡಿತು. ಇದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಅಂಗಾಂಗ ರಚನೆ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಂದ ಹೆಣೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬಂದು, ಕೋಶರಚನಾ ವಿಧಾನಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾಲ ಆಗ ಜನ್ಮತಾಳಿತು. ಯಾವಾಗ ಮೇರಿ ಕ್ಯೂರಿ ಮತ್ತು ಪೀರೆ ಕ್ಯೂರಿಯ ಜೋಡಿ ವಿಕಿರಣಗಳನ್ನು 19ನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಹಿಡಿದರೋ ಆಗ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆರಹಿತವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ವಿಕಿರಣ ಪದ್ಧತಿಗಿಂತ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಹುಮುಖ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪದ್ಧತಿಗಳು ಜಾರಿಗೆ ಬಂದವು. ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕನೊಬ್ಬನೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸದೆ ಆತನ ಜೊತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಕಿರಣ ತಜ್ಞರ ತಂಡವೆ ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷತೆಗೆ ತೊಡಗಿತು. ಹೀಗಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತು ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪಡೆದು ಅದನ್ನು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ನಂತರ ರೋಗಿಗಳ ಬಗ್ಗೆಯು ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ವಿವರವುಳ್ಳ ದಾಖಲೆ ಸೃಷ್ಟಿಸಿ ಅದರ ಪ್ರಕಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನೆರವಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಇದು ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ವಿಲೇವಾರಿಗೆ ದಾರಿಮಾಡಿತು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಮಾಹಿತಿ ಕಲೆ ಹಾಕುವ ಕೆಲಸದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಕಾರ್ಯವನ್ನು 'ಜನೆಟ್ ಲೇನ್ ಕ್ಲೈಪೋನ್' ಮೊದಲು ಮಾಡಿದನು. 1926ರಲ್ಲಿ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯಕ್ಕೆ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾದ 500 ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪೀಡಿತರ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಜೀವನಶೈಲಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಣೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಯಿತು. ಈಕೆ ಮಾಡಿದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ರಿಚರ್ಡ ಡೋಲ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಟಿನ್ ಬ್ರಾಡ್ ಫೋರ್ಡ್ ಹಿಲ್ ಮುಂದುವರಿಸಿ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಧೂಮಪಾನದಿಂದ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದರು. ರಿಚರ್ಡ್ ಡೋಲ್ ಲಂಡನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ತೊರೆದು ಆಕ್ಸಫರ್ಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗನಿದಾನ ಕುರಿತ ಘಟಕವೊಂದನ್ನು 1968ರಲ್ಲಿ ತೆರೆದು ಅಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣಾ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದನು. ಕಂಪ್ಯೂಟರಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಈ ಘಟಕದ ಮೂಲಕ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪರೀಕ್ಷೆ ಇನ್ನಿತರ ಮಾಹಿತಿ ಕುರಿತು ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಯಿತು.

ಆಧುನಿಕ ರೋಗನಿದಾನ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆವಿಧಾನಗಳು ಇವತ್ತಿನ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಛಾಯೆ ಮೂಡಿಸಿದೆ. ಕಳೆದ 50 ವರ್ಷಗಳಿಂದಲೂ ಇಡೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಕಲೆಹಾಕಲು ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ನೆರೆಹೊರೆಯ ಪ್ರದೇಶ ಗಡಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸಂಗತಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೇಲೆ ಹೇಗೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಹ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಮುಂದಿನ ಪಿಳಿಗೆಗೆ ಇಡಲಾಗಿದೆ.

ವಿಶ್ವದ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಅವಧಿಯವರೆಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಆಯಾ ವೈದ್ಯರುಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯಾಗಿತ್ತು. ಅದರ ಬಹಿರಂಗಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಡಿವಾಣವಿತ್ತು. 2ನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಈ ಮಾಹಿತಿ ಬಹಿರಂಗವಾದಾಗ ದೇಶವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ, ಅಂದರೆ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯು ದೊಡ್ಡ

ಪ್ರಮಾಣದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಕಂಡು ಬಂತು. ಈ ಪ್ರಕಾರದ ಆಂತರಿಕ ಜಾಗೃತಿಯ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಜಗತ್ತಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲೋಕದ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಇಂದೂ ಕೂಡ ಹಲವಾರು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಮೇಲೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎರಡನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತಾ ಬಂದರೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ನಾಜೂಕಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ದತಿಗಳು ಪ್ರಗತಿ ಕಾಣುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ. ಹೀಗೆ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಅನುಕೂಲ ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ.

ಜನರಲ್ಲಿ ಭಯ ಹುಟ್ಟಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅದರಿಂದ ನರಳುವವರು ಅನೇಕ ಕಷ್ಟಕೋಟಲೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಭಯ ಬಹಳ ಜನರಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದರೆ ಅದು ಪೂರ್ವಜನ್ಮದ ಕರ್ಮ ಎಂದೇ ಕೆಲವರು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಜೀವನಕ್ಕೆ ಶಾಪವೆಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದರೂ, ಇತ್ತಿಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದು ಅತಿಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇಂದು ನಿನ್ನೆಯದಲ್ಲ. ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಅದು ಮನುಕುಲವನ್ನು ಭಾದಿಸುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಕ್ರಿ.ಪೂ.5000 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಮಮ್ಮಿಗಳ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿರುವುದನ್ನು ಇತಿಹಾಸಕಾರರು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ, ಈ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣ ಹಾಗೂ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಆಗುಹೋಗುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಪಡೆಯಲು ಆಧುನಿಕ ಕಾಲದವರೆಗೂ ಕಾಯಬೇಕಾಯಿತಷ್ಟೆ.

ಔದ್ಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನರಲ್ಲೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೂ ಇದೆ. ಆದರೆ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹಿಂದುಳಿದ, ಬಡದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇವೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಾದ ಪ್ರಗತಿಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿದ್ದ ನಿರಾಶಾ ಭಾವನೆಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸಂತಸದ ಸಂಗತಿ. ಮಾನವನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿಕಾಸದ ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಅಪಾರ ಸುಧಾರಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಅಕಾಲ ಮರಣಕ್ಕೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದವರನ್ನು ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಜನರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬದುಕಿನ ಗರಿಷ್ಠ ವಯೋ ಮಾನದ ಮಿತಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರವೇ ಹೆಚ್ಚು. ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ವೃಧ್ಯಾಪ್ಯದ ಮೇರೆ ಮೀರಿ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ವಯೋಮಾನದವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಈಗ ಹಿಂದಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಅದರ ಉಗಮದ

ಶುರುವಿನಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಬಹುದಾದ ನವೀನ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಹಿಂದೆ ಗುರುತಿಸಲು ಅಸಾಧ್ಯ ವೆನಿಸಿದ್ದ ಎಷ್ಟೋ ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಈಗ ಬಯಲಿಗೆಳೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನಲ್ಲಿ ಚಿಮಣಿ (ಹೊಗೆಗೂಡು) ಗುಡಿಸಲು ಕಾರ್ಮಿಕರ ವೃಷಣಗಳ ಚೀಲಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಯಾಗದ ಒಂದು ಬಗೆಯ ವ್ರಣಗಳು 1775 ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆಯೇ ವೈದ್ಯಲೋಕದ ಗಮನ ಸೆಳೆದಿತ್ತು. ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವ್ರಣಗಳೆಂದು ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರಲು ಮುಂದೆ ನೂರೈವತ್ತು ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಿದವು. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಸೋಗಿನಲ್ಲಿ ನಾಗಾಲೋಟದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗಿ ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತಿರುವ ಜನರ ಜೀವನಶೈಲಿ, ಆಹಾರಶೈಲಿ, ಅಹಾರವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ವಿಷಕಾರೀ ವಸ್ತುಗಳ ಕಲಬೆರಕೆ, ಔದ್ಯೋಗಿಕರಣದ ಪರಿಸರ, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಅಣುವಿಕಿರಣ ಪ್ರಭಾವ, ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹದಗೆಡಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಹಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ವಸ್ತುಗಳು ಈಗ ಮಾನವ ಸಮಾಜವನ್ನು ಸುತ್ತುವರೆದಿವೆ. ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನಲಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಇವೇ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಈಗ ನಮ್ಮ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಬೆನ್ನುಹತ್ತಿದ ಬೇತಾಳದಂತೆ ಕಾಡುತ್ತಿದೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನಿಂದ ಬಳಲಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಕ್ರಿ.ಶ. 2000 ವರ್ಷಗಳ ಹೊತ್ತಿಗೆ 15–20 ಲಕ್ಷ ಜನ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆ ಇದೆ. ಅಮೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ 3–4 ಲಕ್ಷ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಬಡವಬಲ್ಲಿದರೆಂಬ ಬೇಧವಿಲ್ಲ, ಹಿರಿಯ, ಕಿರಿಯರೆಂಬ ತಾರತಮ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ವಿಧಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿರಬಹುದಷ್ಟೆ. ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗಂಟಲು, ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ಯಕೃತ್ತು ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಬಡಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಟ, ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು, ಮತ್ತಿತರ ಸಂಸ್ಕರಿತ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಸಿರಿವಂತರಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಕರಳು, ಪ್ರೋಸ್ಟೇಟ್, ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಧೂಮಪಾನದ ಮೂಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎರಡೂ ವರ್ಗದವರಲ್ಲಿ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಯಾವ ಅವಯವವೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಉಪಟಳದಿಂದ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲವಾದರೂ ಜಠರ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಪ್ರೋಸ್ಟೇಟ್, ಶಿಶ್ನ, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು ಮುಂತಾದ ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳೆಗೆ ಫಲವತ್ತಾದ ಭೂಮಿಕೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಲಿಂಗಭೇದವು ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ, ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನ ಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲಿ 96 ಗಂಡಸರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಂಭವವಿದ್ದರೆ, 126 ಜನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಂಭವಿಸುವ

ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗಂತೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆಯೆಂದೇ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ದೂರು. ಹಾಗೇನು ಇಲ್ಲ. ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಅದರ ಉಪಟಳ ಇದ್ದೇಇದೆ. ಈಜಿಪ್ಪಿನಲ್ಲಿ 5000 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಮ್ಮಿಗಳ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದ್ದುದರ ಕುರುಹುಗಳಿವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಪ್ರಸಿದ್ಧ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳಾದ ಚರಕ (ಕ್ರಿ.ಪೂ.320) ಮತ್ತು ಶುಶ್ರುತ (ಕ್ರಿ.ಪೂ.600) ಎಂಬ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ಕೃತಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು, ಅಂದು ಲಭ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯರ ಪಿತಾಮಹನೆಂದೇ ಹೆಸರು ಮಾಡಿದ ಹಿಪ್ಪೋಕ್ರೆಟಿಸ್‌ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಧಿಯ ಅಸ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾನೆ. ಈತನೇ ಈ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬ ಹೆಸರನ್ನು ಇಟ್ಟಿದ್ದಾನೆ. 5 ಲಕ್ಷ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಮಂಗಮಾನವನಿಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇತ್ತೆಂಬುದು ಪಳೆಯುಳಿಕೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ಆಧಾರಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಇರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂಬುದು ಸಾಬೀತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿ ಮಧ್ಯಮ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದವರಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಹಿಂದೆ ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಯೇ, ಅಂದರೆ, ನಡುವಯಸ್ಸನ್ನು ತಲುಪುವ ಮೊದಲೇ ಹೆಚ್ಚಿನಂಶ ಜನರು ಸಾವಿಗಿಡಾಗುತ್ತಿದ್ದರು. ಆದರೆ, ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಹ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳಲು ವಯೋಮಾನದ ಏರಿಕೆ ಕಾರಣ ಎಂಬುದು ನಿಜವಾದರೂ ಜನರ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಕೆಲವು ಪ್ರಕಾರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು(ಆಕ್ಯುಪೇಶನ್ ರಿಲೇಟೆಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್) ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರಲ್ಲಿ ಎರಡು ಮಾತಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಗೆ ಹಿಂದೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಧಿ ಬಲಿತ ಮೇಲೆ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ, ಇಂದು ಈ ನಿಗೂಢ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೂ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಹೊಸ ಹೊಸ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ.

ಮಾಡುವ ವೃತ್ತಿ, ವಾಸಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಟ್ಟ ಅಭ್ಯಾಸಗಳಾದ ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನ, ಗುಟ್ಕಾ ಸೇವನೆ, ತಂಬಾಕು ಬಳಕೆ, ಬೀಡಿ–ಸಿಗರೇಟು ಸೇದುವದು, ನಿರಾಯಾಸದ, ಶ್ರಮಪಡದ ಜೀವನಶೈಲಿಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಸಾಯನಿಕಯುಕ್ತ ಪಾನಿಯಗಳು, ಹುಳಿ, ಖಾರ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ತಿಂಡಿಗಳು, ಬಹು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಶೇಖರಿಸಿದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ಆಹಾರ ಸಂಸ್ಕರಣೆಗಳಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ರಾಸಾಯನಿಕ ಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ಫಾಸ್ಟ್ ಫುಡ್‌ಗಳ ಉಗಮ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಆಧುನಿಕ ಆಹಾರಶೈಲಿಯ ಪಿಜ್ಜಾ, ಬರ್ಗರ್‌ನಂತಹ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ರೈತರು ಉತ್ಪಾದನೆ ಮಾಡುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ಬೀಜದ ಸಂಸ್ಕರಣೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಅವರ ಬೆಳೆಯುವ ಬೆಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ರಾಸಾಯನಿಕ ಗೊಬ್ಬರ ಮತ್ತು ಕೀಟನಾಶಕ ಔಷಧಿಗಳು, ನಗರಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೋಟಾರು ವಾಹನಗಳಿಂದ

ವಿಸರ್ಜಿತ ಹೊಗೆಯಿಂದಾಗಿ ಕಲುಷಿತಗೊಂಡ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಸೇವಿಸಲ್ಪವುದದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜನಕ ವಾತಾವರಣ ಉಂಟಾಗಿದೆ.

ಅಣುಸ್ಥಾವರಗಳ ತ್ಯಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವ ವಿಕಿರಣ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕವೆಂಬುದು ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಥೋರಿಯಂ, ಯುರೇನಿಯಂಗಳು ವಿಕಿರಣಗಳನ್ನು ಬಿರುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ರೇಡಿಯಂ ಸಹ ಇದೇ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ಮೂಲವಸ್ತು. ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಬಳಸುವ ಎಕ್ಸ್–ರೇ ಕಿರಣಗಳು ಸಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ, ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಯವರಿಗೆ ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಅಂಶಗಗಳಿಗೆ ಹೊಸದಾಗಿ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿರು ವುದು ಮೋಬೈಲ್ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ಸಿಗ್ನಲ್‌ಗಳು. ಇಡೀ ಭಾರತ ಅದರ ಅಲೆಯಲ್ಲಿ ಮುಳುಗಿದೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಇನ್ನೂ ನಾವು ಕಾಣಬೇಕಾಗಿದೆ.

"300 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಯುರೋಪಿನಲ್ಲಿ ಚಳಿಗಾಲದಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಬೆಂಕಿ ಉರಿಸಿ ಮನೆಯ ಒಳ ಆವರಣವನ್ನು ಬೆಚ್ಚಗಿಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಇತ್ತು. ಆಗಾಗ ಮೇಲ್ಛಾವಣಿಗಳ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿ ಚಿಮಣಿಗಳನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸಬೇಕಾದುದು ಅನಿವಾರ್ಯ ವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವವರ ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಮಾಡಲಾಗದ ವ್ರಣಗಳಾಗು ತ್ತಿದ್ದದು ಕ್ರಿ.ಶ.1775ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿತ್ತು."[4]

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಬಡವ ಬಲ್ಲಿದನೆಂಬ ಭೇದವಿಲ್ಲ ಹಿಂದೊಮ್ಮೆ ಅದು ಶ್ರೀಮಂತರ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂದು ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತರೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈಗ ಹಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗ ಎಲ್ಲ ವರ್ಗದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಾಂತದ ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನವರೆಗೂ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಬಡ ಜನರೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ 30 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜನರು ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸಾವಿಗಿಡಾಗುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ 6.5 ಮಿಲಿಯನ್‌ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಪಾಲು ಏಷೀಯಾ, ಆಫ್ರಿಕಾ ಮತ್ತು ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೇರಿಕಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

"1995ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 11/2 ಯಿಂದ 2 ಲಕ್ಷದಷ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಿದ್ದಾರೆಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಹೊಸ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 15 ರಿಂದ 20 ಸಾವಿರ ಹೊಸ ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿವೆ."[5]

ನಮ್ಮದು ವಿವಿಧತೆಯಲ್ಲಿ ಏಕತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದ ದೇಶ. ವಿವಿಧ ಗುಂಪುಗಳ ಜನರು ನಮ್ಮಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಂಖ್ಯಾದ್ಯತೆಯಲ್ಲಿಯೂ ವೈವಿದ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಅವರ ಪರಿಸರ ಪ್ರದೇಶ, ಆಹಾರ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು, ಚಟ, ಜೀವನಶೈಲಿ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಬಣ್ಣ ನೀಡುವ 'ಮೆಲಾನಿನ್' ಎಂಬ

ವಸ್ತುವು ಸೂರ್ಯನ ಅಲ್ಟ್ರಾವಾಯಿಲೆಟ್ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿದು ಅವು ಚರ್ಮವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸದಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ, ಅಂದರೆ, ಬಿಳಿಬಣ್ಣದವರಲ್ಲಿ ಮೆಲಾನಿನ್ ಅಂಶ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದು ಅವರ ತ್ವಚೆಯು ಸೂರ್ಯನ ಕಿರಣಗಳ ದಾಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಬಿಸಿಲಿನ ಝಳದಿಂದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಅಮೇರಿಕಾದ ದಕ್ಷಿಣ ರಾಜ್ಯಗಳು ಹಾಗು ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ಕ್ವಿನ್ಸ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಸಿಲಿನತಾಪ ಅತಿಹೆಚ್ಚು. ಅಲ್ಲಿನ ಬಿಳಿಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಅಣುವಿಕಿರಣ ಬೀರುವ ಮೂಲವಸ್ತುಗಳಾದ ಥೋರಿಯಂ, ರೇಡಿಯಂ, ಯುರೇನಿಯಂ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಮಿಕರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ವಾಸ ಮಾಡುವ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು ಎಕ್ಸ್‌ರೇ ಘಟಕಗಳು, ನ್ಯೂಕ್ಲಿಯರ್ ರಿಯಾಕ್ಟರಗಳು. ಅಣ್ವಸ್ತ್ರ ತಯಾರಿಕಾ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು ಮುಂತಾದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಆಟಾಟೋಪ ಹೆಚ್ಚು.

"1945ರ ಆಸುಪಾಸಿನ ಎರಡನೇ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜಪಾನಿನ ಹಿರೋಶಿಮಾ ನಾಗಾಸಾಕಿಗಳ ಮೇಲೆ ಸಿಡಿಸಿದ ಪರಿಣಾಮ ಬಾಂಬುಗಳಿಂದ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರು ಸಾವಿಗೀಡಾಗದೆ ಉಳಿದ ನತದೃಷ್ಟರು ಹಲವಾರು ತರಹದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ನರಳುತ್ತಲೇ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರಷ್ಯಾದ ಚರ್ನೋಬಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಹ ರಿಯಾಕ್ಟರ ಸಿಡಿದು ಅದೇ ರೀತಿಯ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಬೀರುತ್ತಿವೆ."[6]

ವಿದ್ಯುದಯಸ್ಕಾಂತ ವಲಯ ಏರ್ಪಡುವ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಿಕ್, ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಉಪಕರಣಗಳ ತಯಾರಿಕಾ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಮಿಕರಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರದ ಸೋಂಕು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವವರಲ್ಲಿಯೂ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಸಂಭವವಿದೆ. ಈಜಿಪ್ಷಿಯನ್ನರ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸಿಸ್ಟೋಸೋಮಿಯಾಸಿಸ್ ಎಂಬ ಕ್ರಿಮಿಯ ಬಾಧೆ ಹೆಚ್ಚು. ಅವರಲ್ಲಿ ಈ ಅಂಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚು.

ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಆಫ್ರಿಕನ್ನರಲ್ಲಿ ಲಿವರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚು. ಯಹೂದಿ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ ಗಂಡು ಕೂಸುಗಳಿಗೆ ಶಿಶ್ನದ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಸುನ್ನತಿ ಎಂಬ ಧಾರ್ಮಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ಕ್ರಮವಿದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಹು ವಿರಳ. ಅದೇ ರೀತಿ ಮುಸಲ್ಮಾನರಲ್ಲಿ ಎಳೆ ಬಾಲಕರಲ್ಲಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುವ ಪದ್ಧತಿ ಇದ್ದು ಇವರಲ್ಲೂ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತುಂಬ ವಿರಳ. ಇತರ ಜನಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪದ್ಧತಿ ಇಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ಅವರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಉಪಟಳ ಹೆಚ್ಚು. ಬಹುಶಃ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಒಳಗೆ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವ ಬಿಳಿ ಬಣ್ಣದ ಮೇಣದಂತಹ ವಸ್ತು (ಶ್ಮೇಶ್ಮಾ) ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದೆ? ಅಥವಾ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಂಭೋಗದ ನಂತರ ತೊಳೆದ ನಂತರವೂ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಅಲ್ಲಿ ಉಳಿಯಬಹುದಾದ ಕಲ್ಮಶ ಕಾರಣವಿರಬಹುದೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಮನಗಾಣ ಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಎಲೆ, ಅಡಿಕೆ, ಸುಣ್ಣ, ಹೊಗೆಸೊಪ್ಪಿನ ತಾಂಬೂಲವನ್ನು ಜಗಿಯುತ್ತಲೇ ಇರುವ ಅಭ್ಯಾಸವಿದೆ. ಇವುಗಳ ಮಿಶ್ರಣದ ಉಂಡೆಯನ್ನು ನಾಲಿಗೆಯ ಪಕ್ಕ, ಕೆನ್ನೆಯ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡೇ ಇದ್ದು ಅದರ ರಸಸ್ವಾದ ಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಅವರದ್ದು. ಹಾಗಾಗಿ. ಅವರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಯ, ನಾಲಿಗೆಯ, ಕೆನ್ನೆಯ, ಗಂಟಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಗುಟ್ಕಾ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಬಾಯಿಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಯುವಕರ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ನಾವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಎಡೆಬಿಡದೆ ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವವರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಧೂಮ ತುಂಬಿದ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿರುವ ಇತರರೂ (ಪ್ಯಾಸಿವ್ ಸ್ಮೋಕರ್ಸ್) ಈ ಹೊಗೆಯನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಇವರಿಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಾವ ವಯೋಮಾನದವರನ್ನು ಬಿಟ್ಟಿಲ್ಲ ಸ್ತ್ರೀ, ಪುರುಷರೆಂಬ ಭೇದವಿಲ್ಲ. ಬಡವಬಲ್ಲಿದವರೆಂಬ ಪರಿವೆಯೂ ಅದಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಬಿಳಿಯ ಕರಿಯರೆಂಬ ಜನಾಂಗ ದ್ವೇಷವೂ ಇಲ್ಲ. ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಬಡಜನರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ಲಿವರ್ ಮುಂತಾದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಿರಿವಂತರಲ್ಲಿ ಸ್ತನ. ಪ್ರೋಸ್ಟೆಟ್, ಗರ್ಭಕೋಶ, ದೊಡ್ಡ ಕರಳು ಮುಂತಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

"ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ರೂಢಿ, ಪದ್ಧತಿ, ಜೀವನಶೈಲಿ. ವಾಸಿಸುವ ಪ್ರದೇಶ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಜಾತಿಕುಲ ಇವುಗಳು ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ. ವಯಸ್ಸಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿ ಲೆಕ್ಕ ಹಾಕಿದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಬೆಳವಣಿಯು ಪ್ರತಿ 1 ಲಕ್ಷ ಜನರಲ್ಲಿ 115 ರಿಂದ 120 ಜನರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಸಂಭವವಿದೆ. ಸರಾಸರಿ ಹೇಳಬೇಕೆಂದರೆ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ 13 ರಿಂದ 16 ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ 10 ರಿಂದ 13 ರಲ್ಲಿ ಹೆಂಗಸರು ತಮ್ಮ ಜೀವಮಾನದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದುವ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು."[7]

ಮೈ ಕೊರೆಯುವ ಚಳಿಯಿಂದ ತಮ್ಮ ದೇಹವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ತಮ್ಮ ಉದರಕ್ಕೆ ಉರಿಯುತ್ತಿರುವ ಇದ್ದಿಲು ಮಡಕೆಯನ್ನು (ಕಾಂಗ್ರಿ) ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವ ಪದ್ಧತಿ ಕಾಶ್ಮೀರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲ ಹೊಟ್ಟೆಗೆ ತಗಲುವ ಶಾಖದಿಂದಾಗಿ ಅಲ್ಲಿನ ಚರ್ಮ ಕಲೆಗಟ್ಟಾಗಿ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಭೂಮಿಕೆ ಒದಗಿಸಿಕೊಡುತ್ತದೆ. (ಕಾಂಗ್ರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್) ಅದೇ ರೀತಿ ಉರಿಯುವ ಚುಟ್ಟವನ್ನು ಹಿಂದು ಮುಂದಾಗಿ ಬಾಯೊಳಗೆ ಇರಿಸಿ ಸೇದುವ ಪದ್ಧತಿ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ರಾಜ್ಯದ ತೀರ ಪ್ರದೇಶದ ವಿಶಾಖಪಟ್ಟಣದ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಅದು ಬಾಯಿ ಅಂಗಳಕ್ಕೆ ನೀಡುವ ಶಾಖ ಅಲ್ಲಿನ ಗಡುಸು ಅಂಗಗಳ ಮೇಲಣ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಕೆರಳಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹಿಂದು ಮುಂದಾಗಿ ದುಮ್ಮಿಯನ್ನು ಬಾಯೊಳಗೆ ಇರಿಸಿ ಸೇದುವ ಪದ್ಧತಿ ಗೋವಾ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿದೆ. ಎಲೆ–ಅಡಿಕೆ. ಸುಣ್ಣ–ತಂಬಾಕು ಜಗಿಯುವ ಪದ್ಧತಿ ವಿಶೇಶವಾಗಿರುವ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚು.

ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗಂಥಿಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಧ್ವನಿ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ, ಶುಕ್ಲ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು, ಮದ್ರಾಸಿನಲ್ಲಿ ಜಠರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದ ಗಂಥಿಗಳು ವಿಶೇಷವಾದರೆ ತಿರುವನಂತಪೂರದಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ ಗಂಥಿಗಳು ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ, ಮುಂಬೈ, ನಾಗಪೂರ, ಗುವಾಹಾಟಿ, ಪುಣೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಅನ್ನನಾಳದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ನಾಲಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿಗಳು ನಾಗಪೂರ, ಭೂಪಾಲ, ದಿಲ್ಲಿ, ಗ್ವಾಲಿಯರ್ ಸುತ್ತಮುತ್ತ ಮತ್ತು ಅಹಮದಾಬಾದ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು.

ಧ್ವನಿಪಟ್ಟಿಗೆಯ ಗಂಥಿಗಳು ನಾಗಪೂರ್, ಗ್ವಾಲಿಯರ್, ದಿಲ್ಲಿಯಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಂಬಯಿ, ದಿಲ್ಲಿ, ಅಹಮದಾಬಾದ್, ಭೂಪಾಲ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಗಂಥಿ. ಅದು ಚೆನ್ನೈ, ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಗಂಟಲಿಗೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಲಕತ್ತಾದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮೂಗು, ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಾಗಾಲ್ಯಾಂಡಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಶುಕ್ಲ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜಯಪುರದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ.

ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ಗಂಥಿಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗರ್ಭಕೊರಳು, ಸ್ತನ, ಅಂಡಾಶಯ, ಬಾಯಿ, ಅನ್ನನಾಳ ಮತ್ತು ಜಠರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಗಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ದೇಶದ ಎಲ್ಲ ಭಾಗಗಳ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತದೆ. ಸ್ತನಗಂಥಿಗಳ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಮುಂಬಯಿ, ಅಹಮದಾಬಾದ್, ತಿರುವಂತಪುರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಡುಬರುವ ಮುಖ್ಯ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನವು. ಆದರೂ ಈ ಭಾಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಆಸ್ಸಾಂನಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಅನ್ನನಾಳದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ ಸುತ್ತಮುತ್ತ, ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಎಲ್ಲ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದರೆ, ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಒಟ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಪುರುಷರಲ್ಲಾದರೂ ಶುಕ್ಲ ಗಂಥಿ ಬೀಜ ಮತ್ತು ಶಿಶ್ನದ ಗಂಥಿಗಳು ಒಟ್ಟು ಶೇಕಡ 15 ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಪಾರ್ಸಿ ಜನಾಂಗದ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯ ವಿಶೇಷ. ಹಿಂದು ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಎರಡರಷ್ಟು ಅವರಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಿಂದು ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದರೆ ಪಾರ್ಸಿ ಜನಾಂಗದ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಇದರ ಸಂಭಾವ್ಯ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಮಂದಿಯನ್ನು ಬಲಿಪಡೆಯುವಂತಹ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಎರಡನೆ ಸ್ಥಾನ. ಮೊದಲನೆಯ ಸ್ಥಾನ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ ಎಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನವೊಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದೆ. ಭಾರತೀಯರನ್ನು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಡುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಜಠರ, ಅನ್ನನಾಳ, ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ ಪ್ರಮುಖವಾದವು. ಕೇವಲ 2 ದಶಕಗಳ ಅಂತರದಲ್ಲಿ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಮೂರುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಜಾಮಾ ಅಂಕಾಲಜಿ ಎಂಬ ಜರನಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ವರದಿಯೊಂದು ಈ ರೀತಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ 1990ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ 6.24 ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಪತ್ತೆಯಾಗಿ 4.26 ಲಕ್ಷ ಮಂದಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ್ದಾರೆ. 2013ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬಾರಿ ಏರಿಕೆ ಕಂಡು ಬಂದಿದ್ದು 11.7 ಲಕ್ಷ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಮತ್ತು 6.75 ಲಕ್ಷ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಅಸುನೀಗಿದ್ದಾರೆಂದು ವರದಿ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಿಗೆ 3 ಮತ್ತು 4 ನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದೆ ಎಂಬುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದು ವಿಳಂಬವಾಗಿ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಹ ಲೇಖಕರಾಗಿರುವ ಭಾರತದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ ಮತ್ತು ಅಮೇರಿಕಾದ ಸಿಯಾಟ್ಲಾನ ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್ ವಿ.ವಿ.ಯ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕ ಡಾ॥ಲಲಿತ ದಂಡೋನಾ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಾಯಿಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. 1990ರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 34 ಸಾವಿರ ರೋಗಿಗಳಿದ್ದು ಇವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಈಗ 84700ಕ್ಕೆ ಏರಿದೆ. ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ 56786 ಪ್ರಕರಣಗಳಿಂದ 151304 ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. 188 ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 28 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಘಟನೆಗಳು ನಡೆಸಿರುವ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ವಿಶ್ವಾದ್ಯಾಂತ 2013ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ 1.5 ಕೋಟಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಇದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು 82 ಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ವರದಿ ತಿಳಿಸಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ 1300 ಜನರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಭಾರತೀಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಂಡಳಿ (ಐ.ಸಿ.ಎಮ್.ಆರ್.) ತಿಳಿಸಿದೆ 2012 ರಿಂದ 2014ರವರೆಗೆ ನಡೆದ ಸರಶೋಧನೆಯಿಂದ ಈ ಅಂಶ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ 6ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಐ.ಸಿ.ಎಮ್.ಆರ್. ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದೆ. 2014ರಲ್ಲಿ 2820179 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾಗಿದ್ದು, ಒಟ್ಟು 491578 ಜನರು ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ್ದಾರೆ. 2013ರಲ್ಲಿ 478180 ಮತ್ತು 2012ರಲ್ಲಿ 465169 ಜನರು ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನಿಂದ ಅಸುನಿಗ್ಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದೆ. ಬದಲಾದ ಜನರ ಜೀವನಶೈಲಿ ತಂಬಾಕು, ಗುಟ್ಕಾ ಸೇವನೆ, ಅತಿಯಾದ ಒತ್ತಡದ ಜೀವನ ಕಲುಶಿತ ವಾತಾವರಣ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ ಸೇರಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ತನ್ನ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದೆ.

2.3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಧಿಯ ವಿರುದ್ಧ 40–50 ವರ್ಷಗಳ ನಿರಂತರ ಹೋರಾಟದ ನಂತರವು ಅಮೇರಿಕಾದಂತಹ ಮುಂದುವರೆದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸುಮಾರು 5 ಲಕ್ಷ ನಾಗರಿಕರನ್ನು ಪ್ರಾಣ ತೆಗೆಯುವ ರೋಗವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಅಂಗಾಂಶದೊಳಗೆ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಪಕ್ಕದ ಅಂಗಾಂಗಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಬೇರನ್ನೂ ಇಳಿಬಿಟ್ಟು ನಂತರ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹದ ಮೂಲಕ ದೂರದ ಅಂಗಗಳಿಗೂ ಸಾಗಿ, ಬೀಜನೆಟ್ಟು, ಮೊಳೆತು, ಬೆಳೆದು ಧ್ವಂಸ ಮಾಡುವ ವ್ಯಾಧಿ ಇದು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರಾಸಾಯನಿಕಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಇದರ ಆಟಾಟೋಪವನ್ನು ಅಷ್ಟಿಷ್ಟು ಹತ್ತಿಕ್ಕುತ್ತವೆಯೆಂಬುದು ನಿಜವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿದಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಮುಖವಾಗುವುದು ಉಂಟು. ಎಷ್ಟೋ ವೇಳೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಧಿ ಗೋಚರವಾಗುವ ವೇಳೆಗೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತದೆ. ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬೆಳೆದುನಿಂತ ಬಲಿತ ವ್ಯಾಧಿಯಂತೂ ಚಿಕಿತ್ಸಕನನ್ನು ಹತಾಶೆಗೆ ಈಡುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮೂಲವನ್ನು ಹತ್ತಿಕ್ಕಿದರೂ ಮತ್ತೆಲ್ಲೊ ಮೊಳಕೆಯೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯು ಸಹ ಇನ್ನೆಂದು ಈ ರೋಗ ಪುನರಾಕ್ರಮಣ ಮಾಡುತ್ತದೆಯೋ ಎಂಬ ಚಿಂತೆಯಲ್ಲಿ ಬಸವಳಿಯುತ್ತಾನೆ.

ಹಾಗೆಂದು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕೈಕಟ್ಟಿ ಕುಳಿತಿಲ್ಲ. ಕೆಲವೇ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯು ವಾಸಿ ಮಾಡಲಾಗುವ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುವ ಎಲ್ಲ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ಯಾಧಿಯು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಾನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸ್ತನ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ದೊಡ್ಡಕರಳು ಇವುಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಒಂದೇ ರೀತಿಯ ಪಸರಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ ಎಂದು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳ ಅನುವಂಶೀಯತೆಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿಯೂ ಜಟಿಲವಾಗಿಯೂ ಇರುವುದು. ಈ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿದೆ.

ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವನ ಎಲ್ಲ 20000 ವಂಶವಾಹಿಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿ ಅದರ ವಿಸ್ತೃತ ಪದವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಇದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸೂತ್ರವನ್ನನುಸರಿಸಿ ಮಾನವನಿಗೆ ಬರಬಹುದಾದ ವಿವಿಧ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀನೊಂಗಳ ಅಭ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ್ದಾರೆ. ಜೀನ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅವು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಹೊಂದಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಜೀನ್ ತಾನೆ ಬದಲಾವಣೆ (ಮುಟೇಶನ್) ಅಂತರ ಜೀವರಾಸಾಯನಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳು, ಇದನ್ನೆಲ್ಲಾ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಈ ಮಹತ್ಕಾರ್ಯದ ಅಗಾಧತೆಯು ಅರಿವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಮೇರಿಕಾದ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್

2006 ರಿಂದ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಡಿಎಎನ್‌ಎ ಇನ್‌ಸ್ಟ್ರಕ್ಷನ್ ಬುಕ್ಕನ್ನು (ಜೀನೋಮ್ ಅಟ್ಲಾಸ) ತಯಾರಿಸುವುದು ಅದರ ಗುರಿ. ಇದರಿಂದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೇನು ಪ್ರಯೋಜನ ಎಂಬುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಬಂದಂತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಂಪ್ಯೂಟರಿಗೆ ನೀಡಿದಾಗ ಅದು ತಕ್ಷಣ ಆವೃತ್ತಿಗೆ ಮಾತ್ರವೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪರದೆಯ ಮೇಲೆ ಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಟ್ಲಾಸ್ ಇಂತಹ ಉತ್ಕೃಷ್ಟ ಕೆಲಸವನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಮೆದುಳಿನ ಗ್ಲಯೋಬ್ಲಾಸ್ಟೋಮಾ ಮಲ್ಟಿಫಾರ್ಮೋ (ಜಿ. ಬಿ. ಎಮ್.) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಜೀನೋಮನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಪ್ರಚುರ ಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಇಲ್ಲಿ ಡಿ. ಎನ್. ಎ ಗಳು ಹೇಗೆ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ ಉಳಿದ ಬೇರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಂತೆ ಇದೇಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಗ್ಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುವದನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅದರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಫಲಿತಾಂಶ ಈಗಾಗಲೆ ಹೊರಬಿದ್ದಿದೆಯಂತೆ) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ ಎಲ್ಲ 200 ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ ಸಮಾನವಾದ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಜೀನ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿದ್ದಾರೆ. ಅರ್ಥಾತ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೊಸದೊಂದು ಮಾರ್ಗ ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಕ್ತ ಸಮಾಜವನ್ನು ಕಾಣುವ ದಿನಗಳು ದೂರವಿಲ್ಲವೆನ್ನಬಹುದು. ಜೀನೋಮ್‌ಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿಡಲು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಲಕರಣೆಗಳು ಸಿದ್ದವಾಗಬೇಕಿದೆ. ಅವು ಇಂದಿನ ಅಗತ್ಯ. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಡಗಿರಬಹುದಾದ ಸಣ್ಣ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸಬಲ್ಲ ಜೀನ್‌ಚಿಪ್ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗ್ರಾಹಕಗಳು (ಸೆನ್ಸಾರ್ಸ್) ಬೇಕಾಗಿವೆ. ಬಹುಶಃ ಇವೆಲ್ಲವನ್ನು 2040 ರ ವಳೆಗೆ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳಲಿವೆಯೆಬುಂದು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಆಶಾವಾದವಾಗಿದೆ.

ಇಂದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ನಮಗೆ ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಚೆನ್ನಾಗಿ ತಿಳಿದಿದೆ. ಮಾನವನ ಜೀನೋಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ದೋಷವನ್ನು ಲೇಸರ್‌ನಂತ ಉಪಕರಣ ಬಳಸಿ ಸುಟ್ಟು ಧ್ವಂಸ ಮಾಡುವ ಚಾಕಚಾಕ್ಯತೆ ನಮಗೆ ಸಿಗಬೇಕಿದೆ. ಈ ನಿಗೂಢ ಕ್ಲಿಷ್ಟ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರವಾಗಿ ಹಲವು ತುಣುಕುಗಳು ನಮಗೆ ಸಿಕ್ಕಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.10ರಷ್ಟು ನಮ್ಮ ಕಣ್ಣು ಮುಂದೆಯೇ ಇವೆ. ಉಳಿದ ಶೇ.90ರಷ್ಟು ತುಣುಕುಗಳು ಇಲ್ಲಿಯೇ ಅಟ್ಟದ ಮೇಲಿದೆ. ಅದನ್ನು ಹುಡುಕಿ ತೆಗೆದು ಸರಿಯಾಗ ಜೋಡಿಸುವ ವ್ಯವಧಾನ, ತಾಳ್ಮೆ, ನಮಗೆ ಬೇಕಿದೆ. ಅದು ಇಂದಿನ ಅಗತ್ಯವೂ ಹೌದು. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಒಂದೇ ರೀತಿ ಕಂಡುಬಂದರೂ, ಕೆಲವು ಸೌಮ್ಯವಾಗಿದ್ದರೆ ಉಳಿದವು ಉಗ್ರ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ಒಂದು ರಾಸಾಯನಿಕಚಿಕಿತ್ಸೆಗೇ ಗುಣಮುಖರಾದಂತೆ ಕಂಡರೆ ಉಳಿದವರಲ್ಲಿ ಅದು ಏನೂ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರದಿರಬಹದು. ಇದು ಏಕೆ ಹೀಗೆ ಎಂಬುವದನ್ನು ಇನ್ನು ಸಂಶೋಧಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೂ ಇತರ ನಿರುಪದ್ರವಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಗೂ ಪ್ರಮುಖ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದು. ಅವುಗಳ ಹರಡುವಿಕೆಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಇತರ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಗೂ ಪ್ರಮುಖ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರಬಹುದು. ಅವುಗಳು ಹರಡುವಿಕೆಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಇತರ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು (ಬಿನೈನ ಟ್ಯೂಮರ್ಸ್) ತಮ್ಮ ಮೂಲನೆಲೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಅಷ್ಟೋಇಷ್ಟೋ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಆದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಾಗಲ್ಲ, ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ವಿಭಜನೆಯಿಂದ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಅಂಗಗಳ ಒಳಗೆ ತಮ್ಮ ಬೇರನ್ನು ಇಳಿಸಿ ಬೆಳೆದು ಆಕ್ರಮಿತ ಅಂಗದ ಕಾರ್ಯವೈಖರಿಯನ್ನು ಹಾಳಗೆಡುವುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ವೈದ್ಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಮೆಟಾಸ್ಟಸಿಸ್ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಬಲಿತ ಕಣಗಳು ಮೂಲದ ಹೊರಮೆಯಿಂದ ಉದುರಿ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ದುಗ್ಧರಸದೊಡನೆ ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿ ಸೇರಿ ದೇಹದ ಇನ್ನಾವುದೇ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ನೆಲೆ ನಿಂತು ತನ್ನ ವಂಶಾಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ತನ್ನ ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ತರದ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು (ಸೆಕೆಂಡರಿಸ್) ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುತ್ತದೆ. ಎಷ್ಟೊ ವೇಳೆ ದ್ವಿತಿಯ ಸ್ತರದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಆಟಾಟೋಪವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು ಅದರ ಮೂಲ ಯಾವ ಅಂಗದಲ್ಲದೆ ಎಂಬುವುದನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವೇ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಇದೇ ರೀತಿ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹದೊಡನೆಯೂ ಸೇರಿ ದೂರದೂರದ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಗುಳೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಬೇರೆಡೆಗೆ ಸಾಗಿ ತೃತೀಯ ಸ್ತರದ (ಟರ್ಶಿಯರಿಸ್) ಗೆಡ್ಡೆಯೂ ಬೆಳೆದೀತು. ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತನ್ನ ದ್ವಿತಿಯ ಸ್ತರದ ಗೆಡ್ಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ತಮಗೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೊದಲು ತನ್ನ ಬಳಿಯ ಕರುಳಿನ ದುಗ್ಧರಸಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿ ನಂತರ ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ಲೀವರ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಪ್ರೋಸ್ಟೆಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹರಡುವುದು ಸಮೀಪದಲ್ಲಿರುವ ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಗೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಮೆದುಳನ್ನು ಕಂಡರೆ ಪ್ರೀತಿ ಅಲ್ಲಿಯೇ ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆ ಅದು ಮೊದಲ ಸ್ತರದ್ದೊ. ದ್ವಿತಿಯ ಸ್ತರದ್ದೊ ಯಾವುದೇ ಆಗಿರಲಿ ಅದು ಬೆಳೆಯಲು ದೇಹದ ಇತರ ಅಂಗಗಳ ಭಾಗದ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅದನ್ನು ಹೊತ್ತು ತರುವ ರಕ್ತಪೊರೈಕೆಯಾಗಬೇಕು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಲು ಚಾಣಾಕ್ಷ ತನ್ನ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಕಿರುರಕ್ತನಾಳಗಳ (ಕ್ಯಾಪಿಲ್ಲರೀಸ್) ಒಂದು ಜಾಲವನ್ನೇ ರಚಿಸಿಕೊಂಡು ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಅಂಗಗಳ ಪಾಲಿನ ರಕ್ತವನ್ನು ಕಸಿದುಕೊಂಡು ತಾನೇ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅಂಜಿಯೋ ಜೆನೆಸಿಸ್ ಎಂದು ಹೆಸರು. ಅದರ ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಭರಿಸಲಾಗದೆ ದೇಹವು ಕೃಶವಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಆಕ್ರಮಣ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗೆ ಏಡಿಯ ಹೋಲಿಕೆ ನೀಡಿ ಅದನ್ನು ಏಡಿ ಗಂಥಿ, ಅರ್ಬುದ ರೋಗ, ಕರ್ಕಾಟಕ ರೋಗ, ಕರ್ಕ ರೋಗ ಎಂದು ನಾನಾ ಹೆಸರುಗಳಿಂದ ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಮೇಲಿಗ್ನಂಟ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವ, ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹ ಹಿರಿದಾಗಿ ಸುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಜಾಲದ ಸಂದಿಗೊಂದುಗಳಲ್ಲಿ ತೂರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಅವು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೀತಿ,

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗಿರುವ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಹತ್ತಿರದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಮೊದಲು ಹರಡುತ್ತದೆ. ನಂತರ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ದೂರದೂರದ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಮತ್ತೆ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಗೆಡ್ಡೆಯಂತೆ ಊದಿಕೊಳುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಪ್ರವಾಹದಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತೇಲಿಹೋಗಿ ದೂರದೂರದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ನಾಟಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಯಕೃತ್ತು, ಮೂಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ನಾಟಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ನಾಟಿಯಾದವು ಮೂಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರ ಅದು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರುವುದುಂಟು. ನಾಟಿಯಾದ ಜೀವಕೋಶದ ಲಕ್ಷಣ ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ತಿಳಿದಾಗ ಮೂಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರುವ ಅವಯವವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅವಯವದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಚಿಹ್ನೆಗಳು, ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡು ಬಂದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

1. ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಗುಣವಾಗದ ಹುಣ್ಣು.
2. ಸ್ತನ ಅಥವಾ ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಬಾವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಮೈಮೇಲೆ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಇದ್ದ ಮಚ್ಚೆಯ ಗಾತ್ರ ಅಥವಾ ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವುದು.
4. ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಗುಣವಾಗದ ಉದರ ಬೇನೆ ಅಜೀರ್ಣವಾಗುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ.
5. ಉಸಿರಾಡಲು, ನುಂಗಲು, ಮಾತನಾಡಲು ಇಲ್ಲವೆ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ತಡೆಯಾಗುವುದು.
6. ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಕೆಮ್ಮು, ರಕ್ತ, ಕಫ, ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಇತ್ಯಾದಿ.
7. ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತಮಲ, ರಕ್ತವಾಂತಿ ಉಂಟಾಗುವಿಕೆ.
8. ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಮತ್ತು ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಳುಪು ಹೋಗುವಿಕೆ.
9. ಬಾಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಬಿಳಿ ಮಚ್ಚೆಗಳು.
10. ಆಯಾ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು.[8]

ಈ ಮೇಲಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಯಾರಿಗಾದರೂ ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ತಕ್ಷಣವೇ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳ್ಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಹಕಾರಿ ಯಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದು. ಈ ಮೇಲಿನ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಇನ್ನಿತರ ರೋಗಗಳ ಸೂಚನೆಯೂ ಆಗಿರಬಹುದು ಈ ಎಲ್ಲ

ಮೇಲಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಎಲ್ಲ ಅಂಗಗಳಿಗೂ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿವೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಆಯಾ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಗುಲಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಗುಲಿದ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಒಂದಡೆಯಾದರೆ ಮುಂದುವರೆದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಲ್ಲಿ ನೋವು ಒಂದು ಪ್ರಧಾನ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೂಲ ಭಾಗದ ಕುರುಹುಗಳಿಗಿಂತ ಅದು ಬೀಡು ಬಿಟ್ಟ ಭಾಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳೇ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ದೇಹ ಸೊರಗಿ ಕ್ಯಾಕೆಕ್ಷಿಯಾ ಎಂಬ ಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಾಗಿ ದೇಹಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಾಗಿದ್ದ ಪೋಷಕಾಂಶಗಳನ್ನು ತಾನೇ ತಿಂದು ತೇಗಿ ಮೆರೆಯುತ್ತದೆ. ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ದುಗ್ದರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ದೂರದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಲಿವರ್, ಮೆದುಳು ಮತ್ತು ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಬೀಡು ಬಿಟ್ಟು ಅವುಗಳನ್ನು ಹಾಳುಗೆಡವಿ ಅಲ್ಲಿಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಟೊಳ್ಳಾದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗಿ ಅಥವಾ ಬಿಡುಬಿಟ್ಟು ಅಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಗಾತ್ರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅದನ್ನು ಟಿ1 ರಿಂದ ಟಿ4 ರವರೆಗೆ ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಗೆಡ್ಡೆಯ ಗಾತ್ರವನ್ನನುಸರಿಸಿ 2 ಸೆಂ.ಮೀ. ಗಾತ್ರ ಇದ್ದರೆ ಟಿ1 ಎಂದು, 5 ಸೆಂ.ಮೀ.ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ ಟಿ4 ಎಂತಲೂ ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಟಿ ಎಂಬುದು ಟೂಮರ್ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ಚಿಹ್ನೆಯಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಪಕ್ಕದ ದುಗ್ಧಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬಿದರೆ ಎನ್‌ಸ್ಟೇಟಸ್ ಎನ್- ಎಂದರೆ ನೋಡ್ಸ್ ಎಂತಲೂ, ಮೆದುಳು, ಮೂಳೆ, ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬಿದರೆ ಎಮ್- ಹಂತವೆಂತಲೂ, ಇಲ್ಲಿ ಎಮ್-ಎಂಬುದು ಮೆಟಾಸ್ಟಸಿಸ್ ಎಂಬ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ, ಟಿಎನ್‌ಎಮ್ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೂ ಹಂತಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸೂಚ್ಯವಾಗಿ ಬಿಂಬಿಸುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆ ಮೂಲ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಇದ್ದರೆ ಅದು ಮೊದಲನೆ ಹಂತವೆಂದು ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪಕ್ಕದ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬಿದ ಹಂತವನ್ನು ನಾವು ಎರಡನೇ ಹಂತವೆಂದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದು ಇತರೆಡೆಗೂ ಹರಡುವಂತಿದ್ದರೆ ಇದಕ್ಕೆ ಮೂರನೇ ಹಂತವೆಂದು ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಹರಡಿದ್ದರೆ ಇದಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕನೆಯ ಹಂತವೆಂದು ಹೆಸರಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆ ಹಂತವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವ ಹಂತವಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು ಎರಡನೆ ಹಂತವು ವಿಸ್ತೃತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ ಮತ್ತು ಕಿಮೋಥೆರಪಿಯಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಅಪೇಕ್ಷಿಣಿಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮೂರು ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೆಯ ಹಂತವು ರೋಗದ ವಿಷಮ ಸ್ಥಿತಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಬಿಂಬಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಆಧುನಿಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ಆತಂಕಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅದರ ಪ್ರಸ್ತಾಪವೇ ಅವರಲ್ಲಿ ಭಯ ಹುಟ್ಟಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳೆಲ್ಲ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಅದರಲ್ಲೂ ಸಮಾಜದ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ.

ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಹಲವಾರು ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಯಾವುದೊಂದೂ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ನೀಡದೆ ಅಂಕುರಗೊಂಡು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಸ್ತನದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಅದನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಆರೆಂಟು ತಿಂಗಳುಗಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಬೆಳೆದ ನಂತರ ಅದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಕೈಗೆ ಗೋಚರವಾಗುವಷ್ಟು ಗಾತ್ರಕ್ಕೆ ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ಆಕೆ ಅದನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ಅದು ಉಷ್ಣಕ್ಕೋ, ಶೀತಕ್ಕೂ ಆಗಿರಬೇಕು, ತಾನಾಗಿಯೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ, ಎಂದು ತಿರ್ಮಾನಿಸಿ ವೈದ್ಯರ ಗಮನಕ್ಕೆ ತಾರದಿರುವ ಅನೇಕ ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಕೆಳಗಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸ ಬಹುದಾಗಿದೆ.

1. ಸ್ತನದ ಚರ್ಮ ಸುಕ್ಕು ಸುಕ್ಕಾಗುವುದು.
2. ಎದೆತೊಟ್ಟು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಎದೆತೊಟ್ಟುಗಳಿಂದ ರಕ್ತದ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಸ್ರಾವವಾಗುವುದು.
4. ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಾಳ ಉಬ್ಬುವುದು.
5. ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಒಳ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಚರ್ಮಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಸುತ್ತಮೂತ್ತಲೂ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗಾಗಲಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಸುಲಭವಾಗಿ ಚಲಿಸುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಅಥವಾ ದೇಹದ ಇತರ ಅಂಗಗಳಿಗೂ ಹರಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅದು 1 ರಿಂದ 5 ಸೆಂಟಿಮೀಟರಿನಷ್ಟು ಗಾತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಎರಡನೇ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ 5 ಸೆಂ.ಮೀ.ನಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾದ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಪಸರಿಸುವಿಕೆ ಮೊದಲಿನಷ್ಟು ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು. ಅದರ ಮೇಲ್ಪದರದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಮೂಲದಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟ ಕರುಳಿನ ದುಗ್ಧರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿರಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿ ನೋವಿಲ್ಲದ ಗಳಲೆಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅವು ಸಹ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಚಲನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಂದಿನ ಹಂತದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಗಾತ್ರವು 5 ಸೆಂ.ಮೀ.ನಷ್ಟು ಮೀರಿ ಬೆಳೆದು ಮುಂದಿನ ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಅಂಗಾಂಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಚಲನೆಯು ಬಹು ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಭಾಗ ಬಿಗಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದರ ರಂಧ್ರಗಳು

ಬಾಯಿತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕಿತ್ತಳೆ ಹಣ್ಣಿನ ಸಿಪ್ಪೆಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಸಣ್ಣಸಣ್ಣ ಗುಳ್ಳೆಗಳ ಹಾಗೆ ಮೇಲೆದ್ದು ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಈ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿಯೂ ಪಿಯಾ–ಡಿ–ಆರೆಂಜ್ ಕಿತ್ತಳೆ ಸಿಪ್ಪೆಯಂತೆ ಎಂದೇ ಹೆಸರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಬಾಹುಗಳು ಒಳಗಿನಿಂದ ಅತಿ ಎದೆತೊಟ್ಟುಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಅದನ್ನು ಒಳಸೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಕೈಯಿಂದ ಮುಟ್ಟಿದಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆ ನಿಜವಾಗಿ ಗಾಬರಿಗೊಳ್ಳುವುದು ಈ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ನೊಡಬಹುದು. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆಕೆಗೆ ತಾಳ್ಮೆ, ಸಹನೆ, ಸಂಯಮ ಮೇರೆ ಮೀರುತ್ತದೆ, ಗಾಬರಿಗೊಳಗಾಗುತ್ತಾಳೆ, ಕಳವಳಕ್ಕೀಡಾಗುತ್ತಾಳೆ. ಮುಂದಿನ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇದ್ದಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಭಯಂಕರವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮೇಲಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಗೆಡ್ಡೆ ಒಡೆದು ಬಿರಿಬಿಟ್ಟು ಗಾಯವಾಗಿ ಸೋಂಕಿಗೀಡಾಗಿ ಅದರಿಂದ ದುರ್ಗಂಧಮಯ ಕೀವು ಸುರಿಯಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಗಳಲೆಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ನೋವುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಇಷ್ಟು ಸಾಲದೆಂಬಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಅದರ ಮೇಲ್ಮೈನಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಲಿವರ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಎಲುಬು ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಸಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಠಿಕಾಣಿ ಹೂಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿಯ ರಚನೆಗಳನ್ನು ಹಾಳುಗೆಡುವುತ್ತದೆ.

ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಮಹಿಳೆಯರ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಅಂಗ ಗರ್ಭಕೋಶ. ಅದು ಅವರ ಹೆಮ್ಮೆಯ ಅಭಿಮಾನದ ಅಂಗ ಅದು ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆ ಕೂಡ ಆಗಿದೆ. ಅದಿಲ್ಲದೆ ಸೃಷ್ಟಿಕಾರ್ಯ ಮುಂದುವರೆಯದು ಪ್ರನಾಳಶಿಶು ಎಂಬುದು ವಿಜ್ಞಾನದ ಒಂದು ಹೊಸ ಆವಿಷ್ಕಾರ, ಆದರೆ, ಪ್ರನಾಳಶಿಶುವಿನ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಸೃಷ್ಟಿಯು ಭ್ರೂಣ ರಚನೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತ. ಮುಂದೆ ಅದು ನವಮಾಸ ಬೆಳೆದು ಮುದ್ದಾದ ಮಗುವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಲು ಹೆಣ್ಣಿನ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಆಸರೆ ಬೇಕೇಬೇಕು. ಸಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶವು ತನ್ನ ವಿಶಿಷ್ಟ ಚೈತನ್ಯದಿಂದಾಗಿಯೇ ಒಮ್ಮೊಮ್ಮೆ ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡುವ ಅಂಗವು ಆಗಿರುವುದು ಖೇದದ ಸಂಗತಿ. ಎಂಡೋಮೆಟ್ರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎನ್ನುತ್ತೇವೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪೈಕಿ ಇದರ ಕೊಡುಗೆ ಶೇ.2 ರಿಂದ 3ರಷ್ಟು. ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್ ಮಿತಿಮೀರಿದ ಉತ್ಪಾದನೆಯೂ ಲೋಳೆಪೊರೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸಿ ಅದು ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ದಪ್ಪವಾಗುವಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯೂ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡುವುದು ತಡವಾಗಿ ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವುದು ಬೊಜ್ಜು. ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂತಾದ ಅತಿರೇಕಗಳು ತಮ್ಮ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಅಂಡಾಶಯಗಳಿಂದ ಒಸರುವ ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಸಾಧಾರಣ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು ಮೆದುಳು ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಪಿಟ್ಯುಟರಿ ಎಂಬ ಗ್ರಂಥಿ ಅದರ ಅತಿರೇಕದ ವರ್ತನೆಯು ಇದಕ್ಕೆ ಇಂಬು ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧಕ್ಕೆ ಬಳಸುವ ಹಾರ್ಮೋನು ಮಾತ್ರೆಗಳಿಂದ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದೆಂಬ ಭೀತಿ ಕೆಲವರಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಯಾವ ಆಧಾರವೂ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ, ಋತು ಬಂಧದ

ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ಹಾರ್ಮೋನು ಏರುಪೇರು ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡಬಹುದು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವ ಹಾರ್ಮೋನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅತಿಯಾದರೆ ಅದು ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಬಹುದು ಎಂಬ ಅನುಮಾನವಿದೆ.

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಸ್ನಾಯು ಮಯೋಮೆಟ್ರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಇದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಹೆಂಗಸರಿಗೆ ತಿಳಿದೇ ಇದೆ. ಅದು ಒಂದು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಋತುಸ್ರಾವದ ಏರುಪೇರಿಗಾಗಿ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಇವುಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇವು ನಿರಪಾಯಕಾರಿಗಳಾಗಿದ್ದರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಚಿಕ್ಕ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಇಷ್ಟೊಂದು ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು ಕಷ್ಟಕರ ಪ್ರಜನನಕ್ರಿಯೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಮುಗಿದಿರುವ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂಬರಬಹುದಾದ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ತಡೆಯೊಡ್ಡುವ ಪದ್ಧತಿ ಇಂದು ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಬಿಟ್ಟಲ್ಲಿ ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ರಜಸ್ತಂಭನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಆದರೆ, ಋತುಚಕ್ರ ನಿಂತ ನಂತರವೂ ಎಂದಾದರೂ ಮುಟ್ಟು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಶಂಕಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಗತಿ ನಿಧಾನ. ಇಡೀ ಗರ್ಭಕೋಶವೇ ವ್ರಣದಿಂದ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ. ಎಂಡೋಮೆಟ್ರಿಯಂನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತುಂಬಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಸ್ನಾಯು ಕವಚಕ್ಕೆ ಗರ್ಭಗೊರಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ದುಗ್ಧಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ದೂರದ ಅವಯವಗಳಿಗೂ ತುಣುಕುಗಳು ಸಾಗಿ ರೋಗ ಅಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸೊಂಟದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಬರೀ ಇಷ್ಟೇ ಆಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಇದನ್ನು ಮೂಳೆ ಸಂಬಂಧಿತ ನೋವೆಂದು ತಿಳಿದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿ ಮೋಸ ಹೋಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ನಂತರ ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಕೀವು, ರಕ್ತಮಿಶ್ರಿತ ಬಿಳಿಸೆರಗು, ಬಿಳಿಮುಟ್ಟು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದುರ್ವಾಸನೆಯನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಎಚ್ಚೆತ್ತುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ವಿಸ್ತೃತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸ್ತ್ರೀಯ ಕೆಳಹೊಟ್ಟೆ ಊದಿಕೊಂಡು ಗರ್ಭವತಿಯಂತೆ ತೋರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳೂ ಉಂಟು. ವಯಸ್ಸಾದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಇದು ಮುಜುಗುರ ಇರುಸು ಮುರುಸು ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ.

ಡಿ. & ಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಒಳಪೊರೆಯನ್ನು ಒಂದಿಷ್ಟು ಹರಿದುತೆಗೆದು, ಅದನ್ನು ತುಣುಕು ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಪರೀಕ್ಷಾದ್ರವವನ್ನು ಗಾಜಿನ ಪಟ್ಟಿಯ (ಸ್ಲೈಡ್) ಮೇಲೆ ಲೇಪಿಸಿ, ಒಣಗಿಸಿ, ಅದಕ್ಕೆ ಬಣ್ಣಹಚ್ಚಿ, ಅದರಲ್ಲಿರುವ ವಿವಿಧ ಕಣಗಳನ್ನು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪಿ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ರೋಗಪೀಡಿತ ಅಂಗವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ವೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವುಂಟು ಮಾಡುವ ಗೆಡ್ಡೆ ವ್ರಣಗಳ ತುಣುಕು ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು: ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಮೂಳೆ ಪಾತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ (ಪೆಲ್ವಿಸ್) ಗರ್ಭಕೋಶದ ಬಾಯಿಯ ಯೋನಿನಾಳದ ಮೇಲ್ತುದಿಯೊಳಕ್ಕೆ ಚಾಚಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಅದಕ್ಕೆ ಗರ್ಭ ಗೊರಳು ಎಂದು ಹೆಸರು. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇಕಡಾ 25 ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿಯೇ ಆಗುತ್ತವೆ. ಗರ್ಭಕೋಶದ ಲೋಳೆ ಪೊರೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳ ನಾಲ್ಕರಷ್ಟು ಅಧಿಕವಾಗಿ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳು. ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚೇ ವಿನಹ ಗರ್ಭಗೊರೊರಳಿನದಲ್ಲ.

ಶೇಕಡಾ 95ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಮದುವೆಯಾದ ಹಾಗೂ ಬಹುಮಕ್ಕಳ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲೇ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ 40ರಷ್ಟು ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತರು 35–40ರ ನಡುವಯಸ್ಕ ಮಹಿಳೆಯರೇ ಆಗಿರುವುದು ಸಹ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿ. ಈ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ ಹೋದಾಗ ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಬಾಲ್ಯವಿವಾಹವಾಗಿರುವುದು ಅಥವಾ 16 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಮದುವೆಯಾದವರು. ಹಾಗಾದರೆ, ಸಣ್ಣವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಸಂಭೋಗನಿರತರಾಗಿದ್ದು ಮತ್ತು ಸಣ್ಣ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಅಂತರವಿಲ್ಲದೆ ಹೆರುವುದು ಕಾರಣವಿರಬಹುದುದಾಗಿದೆ. ಪುರುಷರ ಶಿಶ್ನದ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸ್ಮೆಗ್ಮಾ ಎಂಬ ಬಿಳಿಜಿಗುಟು ಪದಾರ್ಥ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಸಂಪರ್ಕ ಅಥವಾ ಬಹುಹೆರಿಗೆಯಿಂದ'ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ತುಟಿಗಳ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಗಾಯಗಳು. ಅವು ವಾಸಿಯಾಗುವುದು ಸೋಂಕಿಗಿಡಾಗುವುದು ಮುಂತಾದ ಚಕ್ರೀಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಕಾರಣವೇ ಅಥವಾ ಇವೆಲ್ಲದರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆಗುವುದೇ ಎಂಬುವೆಲ್ಲಾ ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗೊಳಪಡುವ ವಿಷಯಗಳಾಗಿವೆ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನೋವಿನ ಅರಿವುಂಟು ಮಾಡುವ ನರಪಿಳೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ ಮುಟ್ಟಿನ ಹೊರ ಹರವಿಗೆ ಕಿರುನಾಳದಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾದರೆ ಅದು ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸಿ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು ಉಳಿದಂತೆ ಅಲ್ಲಿ ಮೇಲಿನ ಅನುಭವವಾಗದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಹ ನೋವುಂಟು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಗುರೊಡೆದು ಬಹಳ ಸಮಯದ ತನಕ ರೋಗಿಯ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವ ಲಕ್ಷಣವೆಂದರೆ ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳಉಡುಪಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಹನಿ ರಕ್ತ ಜಿನುಗಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಂಡು ಆಕೆ ಗಾಬರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಾಳೆ. ಅದು ಸಂಭೋಗದ ತಿಂಗಳ ನಡುವಿನಲ್ಲಿ ಆಗಿರಬಹುದು. ಅದಕ್ಕೆ ಸ್ಪಾಟಿಂಗ್ ಎಂದು ಹೆಸರು. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬೇರೆ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಆಗಿರುತ್ತದೆ, ಸರಿಹೊಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸುಮ್ಮನಾಗುವುದೇ ಹೆಚ್ಚು. ಎಷ್ಟೋ ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಋತುಬಂಧವಾದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಾದಂತೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು. ಆಗ ಮಹಿಳೆ ಗಾಬರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಾಳೆ. ಜೊತೆಗೆ ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ದುರ್ವಾಸನೆಯುಕ್ತ ಬಿಳಿಸೆರುಗು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಾಧಾರಣವಾಗಿ ಮಹಿಳೆ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡುತ್ತಾಳೆ. ಇನ್ನೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡಕರುಳಿನ ಕಡೆಯ ಭಾಗವಾದ ನೆಟ್ಟಕರುಳು, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮೂತ್ರನಾಳಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬಿದಾಗ ಆಯಾ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಉರಿಮೂತ್ರ, ರಕ್ತಮೂತ್ರ, ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಮಲದೊಡನೆ ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮುಂತಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಇವೆಲ್ಲವೂ ಮುಂದುವರೆದ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಈ ವೇಳೆಗೆ ಆಕೆ ದೇಹದ ತೂಕವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಮೈಬಿಳುಚು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ನಿಧಾನ ವಾಗಿ ಮೇಲೆ ಏರಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯೊಳಗೆ ನುಗ್ಗಬಹುದು. ಕೆಳಗಿಳಿದು ಯೋನಿಯತ್ತ ಮುಂದುವರೆಯಬಹುದು. ಸೊಂಟಭಾಗದ ಉಳಿದ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಹಬ್ಬುವುದಲ್ಲದೆ, ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ದುಗ್ಧರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಗುಳೇ ಸಾಗಬಹುದು. ಎಲ್ಲ ಅಂಗಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತೆ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನೂ ಕೂಡ ವಿವಿಧ ಘಟ್ಟಗಳಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ನಾಲ್ಕು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

ಮೊದಲನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಗೊರಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಅಂಗಾಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಯೋನಿಯ ಮೇಲ್ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹರಡಿರುತ್ತದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೂ ಯೋನಿಯ ಕೆಳಭಾಗಕ್ಕೂ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶ ನೆಟ್ಟಕರುಳಿಗೆ ಹಬ್ಬುವುದಲ್ಲದೆ ದೇಹದ ಇತರ ಅಂಗಗಳಿಗೂ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಹಂತಗಳು ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತವೆ. ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

1. ಎರಡು ಋತುಸ್ರಾವಗಳ ನಡುವೆ ಅಸಾಧಾರಣವಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ.

2. ವಯಸ್ಸಾಗಿ ಮುಟ್ಟು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಂತು ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುವುದು.

3. ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ (ಸಂಭೋಗದ) ನಂತರ ಯೋನಿಯಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದು.

4. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಿಳಿಸೆರಗು ಹೋಗುವುದು.

5. ಬಿಳಿಸೆರಗು ಹೋಗುವಾಗ ಕೆಟ್ಟ ವಾಸನೆಯುಳ್ಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ.

6. ಬಿಳಿಸೆರಗು ಕೆಟ್ಟ ಬಣ್ಣದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. (ಹಸಿರು, ಹಳದಿ, ಕಂದು ಅಥವಾ ಮೊಸರಿನಂತೆ).

ಅಂಡಾಶಯಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೊಳಪಡುವ ಇನ್ನೊಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಗವೆಂದರೆ ಅಂಡಾಶಯ. ಗರ್ಭಕೋಶದ ಆಚೀಚೆ ಡಿಂಭನಾಳದ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೊದರಂತೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ವೃಷಣಗಳು ವೀರ್ಯಾಣುಗಳನ್ನು, ಪುರುಷ ಹಾರ್ಮೋನನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುತ್ತವೆ. ಅದರಂತೆ, ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಅಂಡಾಶಯಗಳು ಅಂಡಾಣುಗಳನ್ನು, ಸ್ತ್ರೀ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳಾದ ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಜಸ್ಟೆರಾನ್‌ಗಳನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಉಪಯುಕ್ತ ಅಂಗಗಳಿಗೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಾಧೆ ತಪ್ಪಿದ್ದಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಆರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ. ಪತ್ತೆಯಾಗುವಷ್ಟರಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಮುಂದುವರೆದಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲ ಹಂತದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದು.

ವಿಶ್ವದ ವಿವಿಧ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಡಾಶಯದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಾಧ್ಯತೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯೆ ಆಗಿದೆ. ಮುಂದುವರೆದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೇರಿಕಾ, ಫಿನ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ 10,000 ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ 10–12 ಜನ ಅಂಡಾಶಯದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ನರುಳುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಡೆನ್‌ಮಾರ್ಕ್, ಸ್ವೀಡನ್, ಇಸ್ರೇಲ್‌ಗಳಲ್ಲಿ 15–20 ಜನ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆ. ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ 2–3 ಜನ ಮಾತ್ರ. ಭಾರತವು ಇವೆರಡೂ ಅತಿರೇಕಗಳ ನಡುವಿನಲ್ಲಿದೆ. 10,000ಕ್ಕೆ 50ರಷ್ಟು, ಆದರೆ, ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಅನುಕರಣೆಯಿಂದ ಅಂಡಾಶಯದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗಂಟೆಯಾಗಿದೆ. ಅಂಡಾಶಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ ಕಂಡುಬರುವ ಸೌಮ್ಯ ನೀರ್ಗುಳ್ಳೆಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವುದು ಅಪರೂಪವೇ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ನೀರ್ಗುಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗುವುದು ಹಾಗು ಅವುಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆ ಶೂನ್ಯವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಹಾಗಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಿಂತ ಬೇರೆ ಅಂಗಗಳಿಂದ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದು ನೆಲೆಸಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳದ್ದೇ ಕಾರುಬಾರು. ಇದಲ್ಲದೆ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಯದೇ ಹೋಗುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಹುಣ್ಣು ಅಥವಾ ಬಿಳಿಕಲೆ ಅಥವಾ ಕೆಂಪುಕಲೆ, ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಗಂಟಲಿನ ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸ, ಅನ್ನನಾಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಅನ್ನನಾಳದಲ್ಲಿ ಆಹಾರವನ್ನು ನುಂಗಲು ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದು, ಹೊಟ್ಟೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಜೀರ್ಣ ಮತ್ತು ಹಸಿವಾಗದಿರಬಹುದು, ದೊಡ್ಡಕರುಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡಕರುಳು ಮಲದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಬದಲಾವಣೆ ಮಲದಲ್ಲಿ

ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಮೂತ್ರಕೋಶ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ನೋವು ಅಥವಾ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಪೀಡಿಸುವ ಕೆಮ್ಮು ಅಥವಾ ಉಗುಳಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣವಾಗದೇ ಉಳಿಯುವ ಹುಣ್ಣು, ಹುಟ್ಟುಮಚ್ಚೆಗಳ ರಚನೆ, ವಿನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಗಾತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಬದಲಾವಣೆ ಅಥವಾ ಅಂತಹ ಮಚ್ಚೆಗಳಿಂದ ಆಗುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಹೀಗೆ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಂಗಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತನ್ನದೇ ಆದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾರಿಗಾದರೂ ತನ್ನಲ್ಲಿ ಈ ಮೇಲಿನ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಅವರು ತಕ್ಷಣವೇ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನೋಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

2.4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ವಿಧಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಒಂದೇ ಆದರೂ ಅದು ಮನುಷ್ಯನ 90ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಅಂಗಭಾಗಗಳಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. 400ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಉಪ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಬಂದರೂ ಅದರ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸೌಮ್ಯ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ, ಉಗ್ರ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ತಳೆದಿರಬಹುದು. ಸೌಮ್ಯ ಸ್ವರೂಪದ ಗಂಟುಗಳು ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾದ ನರೋರಿ ಇಲ್ಲವೇ ಕೊಬ್ಬು ಕೋಶಗಳ ಲೈಪೋಮಾ, ನಾರು ಕೋಶಗಳ ಫೈಬ್ರೋಮಾ ನರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನ್ಯೂರೋಮ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆಂಜಿಯೋಮಗಳಂತಿದ್ದು, ಅವು ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ತಮ್ಮ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತೋರಿಸದೆ ನಿಶ್ಚಲವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಜೀವದ ಉಳಿವಿಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಅಪಾಯ ತರದೆ ಈ ಗಂಟುಗಳು ಸೌಮ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಸೌಮ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಯಲಾದ ಗಂಟುಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಕೋಶ ವಿಭಜನೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವಂತೆ ತೋರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ, ಅವು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಂದ ಅಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಧಾನ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಂತು ಹೋಗಲೂಬಹುದು. ಈ ಗಂಟಿನ ಸುತ್ತ ನಾರೆಳೆಯ ಕವಚವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಅದು ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪಿಸದಂತೆ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನೊದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಅಸಹಜ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಹೊರಕ್ಕೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ತಮ್ಮ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಏಕಾಏಕಿ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ತೋರಿಸಿ ದೊಡ್ಡವಾದಾಗ ಅವುಗಳ ಒಳಗೆ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವಾದಾಗ ಅವು ಒಡೆದು ಹುಣ್ಣಾಗಿ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಅಸಹ್ಯಕರವಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದು ಮುಜುಗುರಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂಲಕ ಈ ಗಂಟುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಉಗ್ರಸ್ವರೂಪದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೋಶಗಳು ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಬೇರು ಸಮೇತ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದಲ್ಲಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವಿರು

ವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಂಟುಗಳು ಉರಿಯೂತದ ಗಂಟುಗಳಂತೆ ಯಾವುದೇ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇವು ಮೊದಲಿಗೆ ಯಾವುದೇ ನೋವಿನಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಗಂಟುಗಳು ಬೆಳೆಯ ತೊಡಗಿದಾಗ ರೋಗಿಗಳ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ತನ್ನೆಡೆಗೆ ಸೆಳೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೈಗೆಟುಕುವ ಗಂಟುಗಳನ್ನು ಕಂಡರೂ ಅವು ನೋವು ರಹಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಎಲ್ಲರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಅಲಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಅವು ಅನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿ ಬೆಳೆಯತೊಡಗಿದಾಗ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯ ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ. ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುವ ಗಂಟಿನಲ್ಲಿ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಯಾವುದೇ ನೀತಿ, ನಿಯಮವಿಲ್ಲದೆ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಭಜನೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಈ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತಾವು ಉದ್ಭವವಾದ ಊತಕದಲ್ಲಿನ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳು ಯಾವ ವಿಶಿಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗದ ಗತಿ ಹೆಚ್ಚು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವೇಗದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಹೊಸ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ಷಾಕವಚ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ, ಅವು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಊತಕದೊಳಕ್ಕೆ ನುಸುಳಿ ಬೆಳೆದು ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ನಾವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಐದು ವಿಧಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು.

1. ಕಾರ್ಸಿನೋಮ
2. ಸಾರ್ಕೋಮ
3. ಮೈಲೋಮ
4. ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯ ಮತ್ತು ಲಿಂಫೋಮ
5. ನರಮಂಡಲ ಗಂಥಿಗಳು

1. ಕಾರ್ಸಿನೋಮ : ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಂಗ ಭಾಗವು ಅದರ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಕೋಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಒತ್ತಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯು ಕೋಶಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುವನ್ನು ಪ್ರಾಸಬದ್ಧವಾಗಿ ಸಂಕುಚಿಸಿ ಒತ್ತುಳ್ಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಚೇತನವನ್ನು ನೀಡುವ ನರಕೋಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ ಹಾಲು ನೀಡುವ ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಹಾಲನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿ ಕೋಶಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅದರ ಸುತ್ತ ಕೊಬ್ಬಿನ ಕೋಶಗಳ ಪದರು ಇರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳಿಗೆ ಆಧಾರ ಕೊಡುವ ನರಕೋಶಗಳಿರುತ್ತವೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಹಾಲ್ರಸನಾಳಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಹಾಲು ಸ್ರವಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿಕೋಶಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಉಳಿದೆಲ್ಲವೂ ಸಂಪರ್ಕ ಊತಕಗಳಾಗಿವೆ. ಸ್ತನದ ಗ್ರಂಥಿಕೋಶಗಳು ಮೇಲ್ಪದರ (ಎಪಿಥಿಲಿಯಮ್) ಕೋಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಕೋಶಗಳು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡು ಮೇಲ್ಪದರ ಕೋಶವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಕೋಶ ದೇಹದ ಒಳ ಮತ್ತು ಹೊರ ಪದರಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಎಪಿಥಿಲಿಯಮ್

ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಎಪಿಡರ್ಮಿಸ್ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹುವುದೇ ಕೋಶಗಳು ಬಾಯಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ನೆಟ್ಟಕರುಳಿನವರೆಗಿನ ಪಚನಿಕ ನಾಳ, ಈಲಿ, ಮೇದೋಜಿರಕ, ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಉಸಿರು ನಾಳಗಳು, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರನಾಳ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಶುಕ್ಲಗ್ರಂಥಿ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ಗರ್ಭನಾಳಗಳು ಅಂಡಾಶಯದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ದಾಳಿ ಮಾಡುವ ಅನೇಕ ವಸ್ತುಗಳ (ಸೂರ್ಯಕಿರಣ, ಸಿಗರೇಟು ಹೊಗೆ, ಮಸಾಲೆ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳು) ವಿರುದ್ಧ ಎಪಿಥಿಲಿಯಮ್ ಪ್ರತಿರೋಧವನ್ನೊಡ್ಡುತ್ತದೆ. ಈ ಮೇಲ್ಪದರ ದಾಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ಸವಕಳಿ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಭಗ್ನಗೊಂಡ ಈ ಕೋಶಗಳು ಉದುರಿಬಿದ್ದು ಹೊಸಕೋಶಗಳು ಆ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ನಿರಂತರ ಬದಲಾವಣೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರದ ವಿಷಕಾರಿ ವಸ್ತುಗಳ ನೇರ ಪ್ರಭಾವದ ಫಲವಾಗಿ ಘಾತಗೊಂಡ ಕೋಶಗಳು ಗಂಥಿರೂಪವನ್ನು ಧಾರಣೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಮೇಲ್ತದ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಗಂಥಿಗಳು ಕಾರ್ಸಿನೋಮ ಎನಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ವಯಸ್ಕರರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಬಹುಪಾಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳೆಲ್ಲ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳು. ಅವು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾವು ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ದೊಡ್ಡಕರಳು, ನೆಟ್ಟಕರುಳು, ಚರ್ಮ, ಶುಕ್ಲಗ್ರಂಥಿ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮೇದೋಜಿರಕಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ಥೈರಾಯಿಡ್, ಧ್ವನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆ, ಬೀಜ, ಈಲಿ, ಅಂಡಾಶಯದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಈ ಅಂಗ ಭಾಗಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗಂಥಿಗಳೆಲ್ಲ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಇವು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಅಂಗ ಭಾಗದ ಹೆಸರನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ.

ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಡಿಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಕೋಶಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ ಹೆಸರು ಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ: ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾವು ಚಿಕ್ಕ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಕೂಡಿ ದ್ದಾಗಿರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಅದು ಚಿಕ್ಕ ಕೋಶಗಳಲ್ಲದ ವಿಧವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸ್ತನ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ನಾಳದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಆಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಬೇರೆ ವಿಧವಾಗಿರಬಹದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿ ಬರುವ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನ ನಿಖರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ಗಂಥಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನ ಬೇರೆ ಬಗೆಯದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳು ಅಷ್ಟೊಂದು ಮಾರಕವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ತುಂಬಾ ವೇಗದ ಗತಿಯಿಂದ ಹರಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ. ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾವು ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯುವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವಂತಹುದು. ಅವು ಹರಡುವಿಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರಿಂದ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸಾಗಿ ಹೋಗಿ ಅಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ

ವಸಾಹತುವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಈ ರೀತಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಹರಡುವಿಕೆಯ ಸುಳಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಅವು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲು ಪ್ರದೇಶದೊಳಕ್ಕೆ ಚಾಚಿಹೋಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ.

ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶದೊಳಕ್ಕೆ ಚಾಚಿ ಬೆಳೆಯದಿರಲೂಬಹುದು. ಒಂದು ಬಗೆಯ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಹರಡುವಿಕೆಯ ಪೂರ್ವ ರೂಪದ್ದು. ಅದು ಆ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾದದ್ದು ಈ ಬಗೆಯ ಗಂಥಿ ತನ್ನ ಅಡಿಯ ಪ್ರದೇಶದೊಳಕ್ಕೆ ಚಾಚಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿನ ಕೋಶಗಳು ಅಡ್ಡಾದಿಡಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆದರೂ ತನ್ನ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಕಳಚಿ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹರಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಬಗೆಯ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳು ಜೀವಕ್ಕೆ ಕೂಡಲೇ ಮಾರಕವಾಗಿದ್ದರೂ ಮುಂದೆ ಹರಡಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹರಡಬಲ್ಲವು. ಹೀಗೆ, ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಒಂದೇ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆದುಹಾಕಿ ಮುಂದಕ್ಕೆ ಹರಡಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು ಇಂತಹ ಸ್ಥಳೀಯವಾದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾಗಳು ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕಂಠ, ಮೂತ್ರಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರಬಹುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಬೆಳೆದರೂ ಅದು ವಿಶಮವಾದ ಪ್ರದೇಶ ಯಾವುದು ಎಂಬುದು ಕೆಲವು ಬಾರಿ ತಿಳಿಯದೇ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಅದು ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕಡೆ ಹರಡಿಹೋಗಿದ್ದರೂ ಮೂಲ ಯಾವುದು ಎಂಬುದು ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ : ಗಂಥಿಯು ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂಳೆ, ಈಲಿ, ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದರೂ ಅದರ ಮೂಲ ಯಾವುದು ಎಂಬುದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಂಗ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರೂ ತಿಳಿಯದೇ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

2. ಸಾರ್ಕೋಮಾ : ದೇಹದ ಆಧಾರವೆನಿಸಿದ ಸಂಪರ್ಕ ಊತಕಗಳ ರಚನೆಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿಗಳು "ಸಾರ್ಕೋಮಾ" ಎನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಗ್ರೀಕ್ ಮೂಲ ಹೊಂದಿದ ಈ ಶಬ್ದದ ಅರ್ಥ ಮಾಂಸದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಆಧಾರ ಅಥವಾ ಊತಕ ಸ್ನಾಯು, ಮೂಳೆ, ಮೃದ್ವಸ್ಥಿ, ನಾರಳೆ, ಕೊಬ್ಬು, ನರಕೋಶ, ರಕ್ತನಾಳ, ಹಾಲ್ರಸನಾಳಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಊತಕಗಳು ಎಲ್ಲ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಆಧಾರ ನೀಡಿ ಅವುಗಳಿಗೊಂದು ರೂಪ ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಪುಷ್ಟಿಕರ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಒದಗಿಸುವ ಆಧಾರದ ರಚನೆಯ ಅಂಗದ ಮೇಲೆ ಜೀವಾಳ ಅಂಗಭಾಗಗಳು ತಮ್ಮ ನೆಲೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತವೆ ಹಾಗು ಗ್ರಂಥಿಗಳು ರೂಪಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಸಂಪರ್ಕ ಊತಕಗಳಲ್ಲಿ ರೂಪಗೊಳ್ಳುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ 'ಸಾರ್ಕೋಮ' ಎನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದು ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಬಹುದು. ಸಾರ್ಕೋಮವನ್ನು ಎರಡು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸ ಬಹುದು. ಅವು ಮೂಳೆಯಿಂದ, ಇಲ್ಲವೆ ಕೊಬ್ಬು ಸ್ನಾಯುವಿನಂತಹ ಮೃದು ಊತಕಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಗೊಂಡಿರ ಬಹುದು. ಮೂಳೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಆಸ್ಟಿಯೋ ಸಾರ್ಕೋಮ ಮತ್ತು ಇವಿಂಗ್ಸ್‌ನ ಹೆಸರಿನ ಇವಿಂಗ್ಸ್ ಸಾರ್ಕೋಮ ತುಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಅವು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹರೆಯದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ ಮೃದು ಊತಕಗಳಿಂದ ತಲೆದೋರುವ ಗಂಥಿಗಳು

ಕೈಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಉದರದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ. ಕಾರ್ಸಿನೋಮ ಮತ್ತು ಸಾರ್ಕೋಮ ಗಂಥಿಗಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಉದಾಹರಣೆಗಳಾಗಿದ್ದು, ಅವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜೀವ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಕಾರ್ಸಿನೋಮ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿ ಅಲ್ಲಿ ತನ್ನ ವಸಾಹತನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಸಾರ್ಕೋಮ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಹರಡಬಲ್ಲದು ಉದರದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ಕೋಮ ಉಗಮವಾಗಿದ್ದರೆ ಅದು ಉದರದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ವ್ಯಾಪಿಸಬಹುದು. ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿ ಬರುವ ಸಾರ್ಕೋಮ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಹರಡಬಹುದು. ಕೆಲವೊಂದು ಸಾರ್ಕೋಮಾಗಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ತುಂಬ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ, ತುಂಬ ಆಳವಾಗಿ ಸುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಸಾರ್ಕೋಮ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಊತಕಗಳಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಹೆಸರನ್ನು ಅಂಟಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಕೊಬ್ಬು ಕೋಶಗಳಿಂದ ಬೆಳೆದದ್ದು ಲಿಪೊ ಸಾರ್ಕೋಮಾ ಎನಿಸಿದರೆ, ರಕ್ತ ನಾಳಗಳ ಮೂಲ ಹೊಂದಿರುವುದು ಅಂಜಿಯೋ ಸಾರ್ಕೋಮ ಎಂದೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ಕೋಮ ಕೆಲವು ಸಲ ಹೆಚ್ಚು ಕೆಲವು ಸಲ ಕಡಿಮೆ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಾರ್ಕೋಮ ಬೇರೆ ಕಡೆಗೆ ಹರಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಕಡಿಮೆ ತೀವ್ರತೆಯ ಸಾರ್ಕೋಮಗಳು ಹರಡದೇ ಇರಬಹುದು.

3. **ಮೈಲೋಮ:** ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಸೆಲ್ ಕಣಕೋಶಗಳು ನಮ್ಮ ಪ್ರತಿರೋಧ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗ. ಅವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯ ಪ್ರತಿವಸ್ತುಗಳ (ಅಂಟಿಬಾಡಿ) ಉತ್ಪಾದನೆ. ಅವು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣಸುವ ಪ್ರೋಟಿನ್ ವಸ್ತುಗಳು. ಈ ವಸ್ತುಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತವೆ. ಅವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಕಣಗಳ ತಳಿಯ ರೂಪಾಂತರ ಫಲವಾಗಿ ಮೈಲೋಮ ಎಂಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರ ಫಲವಾಗಿ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಕಣಗಳು ತಲೆದೋರುತ್ತವೆ. ಅವು ಮೂಲದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಗಂಥಿ ರೂಪದ ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಕಣಗಳ ಪ್ರತಿರೂಪ ವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಪ್ರತಿವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳು ಒಂದು ಬಗೆಯ ಮಾನೋಕ್ಲೋನಲ್(ಎಂ) ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅದರ ತುಣುಕುಗಳು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಬೆನ್ಸ್ ಬೆನ್ಸ್ ಪ್ರೋಟೀನ್(ಎಂ ಪ್ರೋಟೀನ್) ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ರಕ್ತದ ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಫೊರಸಿಸ್‌ನಿಂದ ಗುರುತಿಸುವುದು. ಈ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತದೊರೆ, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟಿನ್ ಪ್ರಮಾಣದ ಏರಿಕೆ, ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು, ಕೈ ಕಾಲು ಜೋಮು ಬರುವುದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾರ್ಯದ ಇಳಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಮೈಲೋಮವು ಮೂಳೆಗಳನ್ನು ಧ್ವಂಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮಜ್ಜೆಯ ಬಯಾಪ್ಸಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಕಣಗಳು ವಿಪುಲ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಬೇರೆಲ್ಲ ರಕ್ತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಮೈಲೋಮದಲ್ಲಿ ಮೂಳೆಗಳು ಕರಗಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ರಂಧ್ರಗಳು ಬೀಳುತ್ತವೆ. ಬಹುಶಃ ಮೈಲೋಮ ಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಮಜ್ಜೆಯ ಕಣಗಳು ತಮ್ಮ ಉಳಿವಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು.

4. ಲುಕೇಮಿಯ ಮತ್ತು ಲಿಂಫ್ಲೋಮ: ಬಿಳಿರಕ್ತ ಕಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗ್ರೀಕ್ ಮೂಲದ ಶಬ್ದ ಲುಕೇಮಿಯ ಅದರಲ್ಲಿ ಬಿಳಿರಕ್ತ ಕಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿಕೋಶಗಳು ರಕ್ತಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಮೂಳೆಯ ಮಜ್ಜೆಯಿಂದ ಉಗಮಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಲುಕೇಮಿಯಾದಲ್ಲಿ ಮಜ್ಜೆ ರೋಗಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಲುಕೇಮಿಯಾ ಎಂಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಭಯಹುಟ್ಟಿಸಿದರೂ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಲುಕೇಮಿಯಾಗಳು ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಲುಕೇಮಿಯಾಗಳು ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಬೇಗ ಸಾವಿಗೆ ಆಹ್ವಾನಕೊಟ್ಟಂತೆ ಆಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಲುಕೇಮಿಯಾಗಳು ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೇ ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ಲುಕೇಮಿಯಾದಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕು ವಿಧಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅವು ಅಕ್ಯೂಟ್ ಮೈಲೋಜೀನಸ್ ಲುಕೇಮಿಯಾ(ಎಎಮ್‌ಎಲ್) ಅಕ್ಯೂಟ್ ಲಿಂಫೊ ಬ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಲುಕೇಮಿಯಾ(ಎಎಲ್‌ಎಲ್) ನಿಡುಗಾಲದ ಕ್ರಾನಿಕ್ ಮೈಲೋಜಿನಸ್ ಲುಕೇಮಿಯಾ (ಸಿಎಮ್‌ಎಲ್) ಮತ್ತು ಕ್ರಾನಿಕ್ ಲಿಂಫೊಸೈಟಿಕ್ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ(ಸಿಎಲ್‌ಎಲ್) ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಕ್ಯೂಟ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾವನ್ನು ರೋಗ ಖಚಿತವಾದ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಆದರೆ, ಕ್ರಾನಿಕ್ ಮೈಲೊಜಿನಸ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವುದರಿಂದ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸದಿದ್ದರೂ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅವು ತಮ್ಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಅನೇಕ ತಿಂಗಳುಗಳು ಸ್ಥಿರವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಲಿಂಪ್ಯಾಟಿಕ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ರಾನಿಕ್ ಮೈಲೋಜೀನಸ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ನಿಧಾನ. ನಾಲ್ಕೈದು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ತೀವ್ರಸ್ವರೂಪ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸದಿದ್ದರೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಎಂದು ಹೆಸರುಗೊಂಡ ಮೊದಲ ರೋಗವಿದು. 1845ರಲ್ಲಿ ಹೆಸರಾಂತ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ ಜರ್ಮನಿಯ ರುಡಾಲ್ಫ ವೀರ್ಶೊ ಈ ರೀತಿ ಇದಕ್ಕೆ ನಾಮಕರಣ ಮಾಡಿದನು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾದ ವರ್ಣದಂಡ. ಫಿಲಡೆಲ್ಫಿಯ (ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಕಂಡುಹಿಡಿದ ಅಮೇರಿಕನದ ನಗರ) ಕ್ರೋಮೋಜೋಮ್ ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟು ಡಿಎನ್‌ಎ ಬದಲಾವಣೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾಗ ಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿತು. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುರಿಯಾಗಿರಿಸಿ ಕೈಗೊಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಪ್ರಥಮ ಗಂಥಿ ರೋಗ ಕ್ರಾನಿಕ್ ಮೈಲೋಜಿನಸ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಆಗಿದೆ.

ಈ ರೋಗ ಮೂಳೆಯ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿನ ಆಕರ ಕೋಶ ತಳಿಯ ರೂಪಾಂತರಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟು ಎರಡು ವರ್ಣಗಳ ಮಧ್ಯೆ ಉಂಟಾಗುವ ತಳಿ ವಸ್ತುವಿನಿಯಮದ ಫಲವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ.

ಒಂದರ ಜನಿಕ ಮತ್ತೊಂದರ ಜನಿಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿಕೊಂಡು ಜಂಟಿಯಾದ ಜನಿಕ ಹೊಂದಿದ ಕ್ರೋಮೋಜೋಮ್ ರೂಪಾಂತರಗೊಂಡು ಪ್ರಬಲವಾದ ಪ್ರೋಟಿನ್‌ಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಟ್ಟು ಜೀವಕೋಶದ ವೇಗದಗತಿಯ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಕೋಶಗಳು ಅವಿನಾಶಿಯಾಗಿ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಕಣಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಕ್ರಾನಿಕ್ ಲಿಂಪಾಟಿಕ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ: ಬೇರೆ ಬಗೆಯ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಸಿಎಲ್‌ಎಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ ಕಣ ಮೂಳೆ, ಮಜ್ಜೆಯ ಆಕರ ಕೋಶದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸದೆ ಪಕ್ವಗೊಂಡ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಕಣ ಆಕರ ಕೋಶದಂತೆ ಸ್ಫೋಟದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಸಂಖ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ, ಅದು ಹಾಲ್ರಸ ಕಣವನಲ್ಲದೆ ಬೇಕಾದ ಕಣವನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಬೇರೆ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಿಎಲ್‌ಎಲ್ ಹೆಚ್ಚು ಮಾರಕವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ, ಈ ರೋಗವನ್ನು ಆಕಸ್ಮಿಕವಾಗಿ ಬೇರೆ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವಾಗ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುವುದು ಒಂದು ವಿಶೇಷ. ಆಗ ಅಲ್ಲಿ ಬಿಳಿರಕ್ತಕಣಗಳ (ಹಾಲ್ರಸಕಣ) ಸಂಖ್ಯೆ ಏರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಸಹಜ ರೀತಿಯ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸದೆ ಏರಿಕೆ ಹೊಂದುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ರೋಗ ವಂಶಪಾರ್ಯಂಪರ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗವೆನಿಸಿದರೂ ಬಹತೇಕ ಕಡೆ ಅನೇಕ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಬೇರೆ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಗಳಂತೆ ಹಾಲ್ರಸ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯ ಕಣಗಳು ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಅವು ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟು ಮತ್ತು ಪ್ಲೀಹದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಹೊಂದಿದ ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ತನ್ನ ಏರಿಕೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯದಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳು ಲಿಂಫೋಮದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಸಿಎಲ್‌ಎಲ್ ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಲಿಂಫೊಮ ಎಂದೇ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ಅದನ್ನೇ ಹೋಲುತ್ತದೆ.

ಲಿಂಫ಼ೋಮ : 1832ರಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ವೈದ್ಯ ಥಾಮಸ್ ಹಾಜ್‌ಕಿನ ವೇಗಗತಿಯಿಂದ ಸಾವು ಹೊಂದಿದ ರೋಗಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಶೋಧನೆ ಮಾಡಿದ. ಅವರೆಲ್ಲ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬಿಳಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಥಿಗಳು ಈಳಿ ಮತ್ತು ಪ್ಲೀಹವನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸಿದ್ದರು. ಆದರೆ, ಕಾರಣ ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ ಅದನ್ನು ಗಂಥಿಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳ ರೋಗವನ್ನು ಹಾಜ್‌ಕಿನ್ ರೋಗವೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಅದೀಗ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಲಿಂಫ಼ೋಮ ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದ್ದು, ಈಗ ಅದನ್ನು ಹಾಜಕಿನ್ ಲಿಂಫ಼ೋಮ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ರಕ್ತಗಂಥಿಕೋಶದಲ್ಲಿ ಲಿಂಫ಼ೋಮಗಳು ತುಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗಂಥಿಗಳೆನಿಸಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಹಾಜಕಿನ್ ಲಿಂಫ಼ೋಮ ಮತ್ತು ನಾನ್ ಹಾಜಕಿನ್ ಲಿಂಫ಼ೋಮ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟಿನ ಬಯಾಪ್ಸಿಯ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ

ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳು ದೇಹಾದ್ಯಾಂತ ವ್ಯಾಪಿಸಿದ್ದು, ಲಿಂಫೋಮ ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಿಂದ ಉದ್ಭವಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಲಿಂಫೋಮ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿದರೂ, ಈ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಗೋಚರಿಸಿದಾಗ ಊಹಿಸಬಹುದು.

ಹಾಜಕಿನ್ ಲಿಂಫೋಮ ಬಿ-ಕಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವವಾದರೆ ಹಾಜಕಿನ್ ಅಲ್ಲದೆ, ಲಿಂಫೋಮ ಬಿ ಮತ್ತು ಟಿ ಕಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಲ್ಲದು. ಶೇಕಡಾ 80ರಷ್ಟು ಬಿ ಕಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದರೆ ಶೇಕಡಾ 20ರಷ್ಟು 'ಟಿ' ಕಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವುದು. ಇಂದು ಅವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಿಧಗಳು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ ತೋರಿಸಿವೆ. ಹಾಜಕಿನ್ಸ್ ಲಿಂಫೋಮ 5 ವಿಧಗಳಿದ್ದರೆ ನಾನ್ ಹಾಜಕಿನ್ಸ್ ಲಿಂಫೋಮ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ 30ನ್ನು ದಾಟಿದೆ ಹಾಜಕಿನ್ಸ್ ಲಿಂಫೋಮ 50 ವರ್ಷದೊಳಗಿನವರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದರೆ ನಾನ್ ಹಾಜಕಿನ್ಸ್ ಲಿಂಫೋಮ 50 ವರ್ಷ ದಾಟಿದವರಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಸಹಜ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಮಜ್ಜೆಯ ಆಕರಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಕ್ವಗೊಂಡು, ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸಾಗಿಬಂದು, ಸೋಂಕಿನ ವಿರುದ್ಧ ಸೆಣಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ತೋರಿಬರುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಾಲ್ರಸ ಕಣಗಳು ಗಂಥಿಕೋಶಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟು ಲಿಂಫೋಮವಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ನಾನ್ ಹಾಜಕಿನ್ಸ್ ಲಿಂಫೋಮಾದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಲಿಂಫೋಮಗಳು ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದ, ಮಧ್ಯಮಮಟ್ಟದ ಇಲ್ಲವೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದಾಗಿರಬಹುದು. ಈ ಮಟ್ಟದ ಲಿಂಫೋಮಗಳು ತೀವ್ರತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಸುಳಿವು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದವು ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಲು ವರ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ. ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದವು ತಮ್ಮ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಲು ತಿಂಗಳುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದವು ವೇಗ ಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆದು ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದವುಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯುತ್ತವೆ. ಕಡಿಮೆಮಟ್ಟದ ಲಿಂಫೋಮಗಳು ಬೇಗನೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಗಾ ಇಡಬೇಕು. ಕೆಲವು ತಂತಾನೆ ಕರಗಿಹೋಗುವ ಸಂಭವವಿರು ತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗದಿಂದ ಪೀಡಿತರಾದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಜ್ವರ, ರಾತ್ರಿ ಬೆವರು, ಸುಸ್ತು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗಂಟುಗಳು ಕಂಡುಬಂದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ.

5. ನರಮಂಡಲದ ಗಂಥಿಗಳು: ಮೆದುಳು ಹೊದಿಕೆ (ಮೆನಿಂಜೆ) ಇಲ್ಲವೆ ಮೆದುಳ ಒಳಗಿನ ದ್ರವ್ಯದಿಂದ ಗಂಥಿಗಳು ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಕಪಾಲದೊಳಗೆ ಗಂಥಿಗಳ ಪ್ರಧಾನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಿಂತ ಮೆದುಳು ಹೊರಗಿನ ದೇಹ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿದ ಗಂಥಿಗಳ ಮರುಚಲ ಗಂಥಿಗಳು

(ಸೆಕಂಡರಿ) ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗಭಾಗದ ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಗಂಥಿಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳು.

ಗ್ಲಿಯೋಮ : ಮೆದುಳ ದ್ರವ್ಯದೊಳಗಿರುವ ನರ ಅಂಟಿನ ಊತಕದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗ್ಲಿಯೋಮದ ಪ್ರಮುಖ ಉದಾಹರಣೆಗಳಲ್ಲಿ ನಕ್ಷತ್ರಕಣಗಳ ಗಂಥಿ ಅಸ್ಟ್ರೋಸೈಟೋಮ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು. ಅದು ಮೆದುಳಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡಿರಬಹುದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಂಚು ಹೊಂದಿದ ಗೆಡ್ಡೆಯಂತಿರಬಹುದು ಅಥವಾ ದ್ರವ ತುಂಬಿದ ಗುಳ್ಳೆಯಂತಿರಬಹುದು. ಗ್ಲೈಯೋಮ ಹೆಮ್ಮೆದುಳು, ಕಿರ್ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಕಾಂಡ ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದರೂ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು.

ಮಿನಿಂಜಿಯೋಮ : ಮಿದುಳು ಹೊದಿಕೆಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿಗಳು ಮಿನಿಂಜಿಯೋಮ ಮಿನಿಂಜಿ ಎಂದು ಕರೆಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಈ ಹೊದಿಕೆ ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯನ್ನು ಸುತ್ತುವರೆದಿದ್ದು ಅದು ತನ್ನೊಳಗೆ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದ್ರವದಿಂದ ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಗೆ ಮೆತ್ತೆಯಂತೆ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನೊದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಿನಿಂಜಿಯೋಮ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಬೆಳೆದು, ಅಡಿಯ ಜೀವಾಳ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಒತ್ತಿ, ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಅದು ಕಪಾಲಮೂಳೆಗಳನ್ನು ಭೇದಿಸಿ ಹರಡಬಲ್ಲದು. ಮಿದುಳು ಗಂಥಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗೌಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಲಕ್ಷಣಗಳು ನಿಶ್ಚಲವಾಗಿರುವ ಅವಧಿ ಗಂಥಿಗಳ ಪ್ರಕಟಣೆ, ಗಂಥಿ ಇರುವ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಅವು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವೇಗ ಗತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಅದು ಯಾವ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದಿದ್ದರೆ, ಗಂಥಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿ ಮಿದುಳು ಕಕ್ಷಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಮಿದುಳನ್ನು ಒತ್ತುತ್ತದೆ. ಮಿನಿಂಜಿಯೋಮ ತುಂಬ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿ ಅದು ತನ್ನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳನ್ನೇ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಿನಿಂಜಿಯೊಮಾ ಮೆದುಳಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಗಂಥಿಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಿದುಳು ಗಂಥಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯರ ವಯೋಮಾನಕ್ಕಿಂತ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳು ಮೊದಲು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಗಂಥಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಮಿದುಳಿನ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರೆ, ಅದು ಅಪಸ್ಮಾರ (ಫಿಟ್) ಇಲ್ಲವೆ ನರಸಂಬಂಧೀ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಥಳವನ್ನಾಕ್ರಮಿಸಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಗಂಥಿಯು ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಕಪಾಲದೊಳಗಿನ ಒತ್ತಡ ಏರಿಕೆ, ತಲೆನೋವು, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಕಣ್ಣಿನ ನರಬಿಲ್ಲೆಯ ಉಬ್ಬುವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಬಹುದು. ಕೈಕಾಲು ಸ್ವಾಧೀನ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ನಡೆದಾಡುವಾಗ ಅಸ್ಥಿರತೆ ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಮಸುಕು ದೃಷ್ಟಿ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವಕ್ರದೃಷ್ಟಿ, ದ್ವಂದ್ವ ದೃಷ್ಟಿ, ಈಚಿನ ಅಥವಾ ದೀರ್ಘಕಾಲಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ

ನೆನಪು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ವಿಷಯವನ್ನು ಅರ್ಥೈಸುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಗೋಚರಿಸುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಕೆಲವು ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಹೆಚ್ಚಳ, ಇಲ್ಲವೆ, ಕೊರತೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ದೇಹತೂಕ ಫಲವಂತಿಕೆ, ಕಾಮಾಸಕ್ತಿ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಿನ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಭಂಗವುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು.

ವಯಸ್ಕರರಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲಿಗೆ ಸೆಳವು ಕಂಡುಬಂದರೆ, ಅದು, ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಗಂಥಿಯ ಫಲವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸಿರುವುದೇ ಹೇಗೆಂಬ ಅನುಮಾನ ತಿಳಿದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಪಾಲದೊಳಗಿನ ಒತ್ತಡ ಏರಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ತಲೆನೋವು, ವಾಂತಿ, ಸ್ಮೃತಿಯ ಮಟ್ಟದ ಸ್ಥಿತ್ಯಂತರ ದೃಷ್ಟಿಯ ವ್ಯತ್ಯಯ, ಮಂದನಾಡಿ ಮತ್ತು ಕಣ್ಣು ನರದ ಉಬ್ಬು ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಹೆಮ್ಮಿದುಳ ಮುಂಭಾಗದ ಗಂಥಿ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕಾರಣವೆನಿಸಬಹುದು. ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರು, ಕೆರಳಿಕೆ, ಆ ಕಾರಣ ಉತ್ಸಾಹ ತೋರುವುದು ಆಗುತ್ತದೆ. ಹೆಮ್ಮಿದುಳು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಗಂಥಿಗಳು ಒಂದು ಭಾಗದ ಅಥವಾ ಪಾರ್ಶ್ವದ ಸೆಳವಿಗೆ ಕಾರಣವಾದರೆ, ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿಗಳು ದೇಹದ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದ ಶಕ್ತಿ ಹೀನತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಮುಂದುವರೆದಾಗ ಮಂಪರು, ಸ್ಮೃತಿಕಳೆತ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಇತಿಹಾಸ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕಪರೀಕ್ಷೆ ಗಂಥಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಅದು ಬೆಳೆದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸುಳಿವು ನೀಡುತ್ತದೆ. ತಲೆ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ಎಕ್ಸ್-ರೇ ಕಿರಣಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಗಂಥಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಮತ್ತು ಎಂಆರ್ಐ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಗಂಥಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅದರ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಗಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ. ಗಂಥಿಗಳನ್ನು ಮಾರಕ ಮತ್ತು ಮಾರಕವಲ್ಲದ ಗಂಥಿಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ತುಂಬ ವೇಗದ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ಮಾರಕ ಗಂಥಿಗಳು ತಮ್ಮ ಮೂಲಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವುದಲ್ಲದೆ, ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕಡೆಗೆ ವ್ಯಾಪಿಸಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಕುತ್ತು ತರುತ್ತವೆ. ಸೌಮ್ಯಗಂಥಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಧಾನ. ಅವು ತಮ್ಮ ಮೂಲಸ್ಥಳದಲ್ಲಿಯೇ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತ ಹೋಗುತ್ತವಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ. ತಮ್ಮ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳಗೊಂಡು ಸುತ್ತಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡಹೇರಿ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಗಂಥಿಗಳನ್ನು ಕಪಾಲವನ್ನು ಭೇದಿಸಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆದುಹಾಕಿ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಮುಕ್ತಿ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಅವಶ್ಯವೆನಿಸಿದರೆ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬಹುದು.

ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಗಂಥಿಗಳು: ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗಂಥಿಗಳು ಅದರೊಳಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅದರ ಹೊರಗೆ ಬೆನ್ನು ಕಂಬದೊಳಗೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಬಹುದು. ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಹೊರಗೆ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿಗಳು ಅಲ್ಲಿರುವ ನರದ ಬೇರುಗಳನ್ನು ಒತ್ತಿ ಅವು ನರಚೇತನಗಳನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ದೇಹಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸುವಂತಹ ನೋವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ

ನೋವು ಮತ್ತಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವುದು. ಅನಂತರ ಸ್ನಾಯುಗಳು ನಿಸ್ಸತ್ವಗೊಂಡು ಸವಕಳಿ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಕೈಕಾಲುಗಳು ಇಲ್ಲವೆ ಕಾಲಿನ ಶಕ್ತಿಯು ಉಡುಗಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯೊಳಗೆ ಬೆಳೆಯುವ ಗಂಥಿಗಳು ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ಅವು ನರಚೇತನವನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ದೇಹಭಾಗದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಉಡುಗಿಸುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಸಂವೇದನ ಶಕ್ತಿಗೆ ಭಂಗವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ.

2.5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದರೆ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಅನಿರ್ಬಂಧಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆ. ಇಂತಹ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದೇಹದ ಹತೋಟಿಯನ್ನು ಮೀರಿರುವುದರಿಂದ ಕೊನೆಗೆ ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ,, ಈ ರೀತಿಯ ಹುಚ್ಚು ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೊಡಗುವುದು ಏಕೆಂದರೆ, ಒಂದು ಜೀವಕೋಶ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವ ಶಕ್ತಿ ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ ಅದರಲ್ಲಿನ ವಂಶವಾಹಿ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರಾದಾಗ ಮಾತ್ರ ಈ ರೀತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾಗಲು ಪ್ರೇರಕ ಶಕ್ತಿಗಳು ಅನೇಕ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳೆಂದರೆ ವಿಕಿರಣಗಳು ವೈರಸ್ ಜೀವಾಣುಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳ ಪ್ರೇರಣೆಯ ಪ್ರಭಾವವೇ ಜೀವಕೋಶದಲ್ಲಿರುವ ವಂಶವಾಹಿಗಳ ದಿಢೀರ್ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಮ್ಮೆ ಹೀಗೆ ಬದಲಾದ ಜೀವಕೋಶ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ಮೀರಿ ತನಗೆ ಬೇಕಾದಂತೆ ಬೆಳೆಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಪಡೆಯುತ್ತವೆ.

ಮಾನವನ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿ ನಾಶ ಮಾಡುವ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವುದರಿಂದ ನಾವು ಹೆಚ್ಚಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಪಾರಾಗುತ್ತೇವೆ. ಆದರೆ, ಪ್ರತಿಸಲವು ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನಲಾಗದು ನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ವಿಫಲವಾದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳೆಯತೊಡಗುತ್ತದೆ.

ವಿಕಿರಣಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಗುಣ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಹೀರೋಶೀಮಾ ಮತ್ತು ನಾಗಾಸಾಕಿ ಪಟ್ಟಣಗಳ ಮೇಲೆ ಅಣುಬಾಂಬ್ ಹಾಕಿದ ನಂತರ ಅಲ್ಲಿನ ಜನರು ಇಂದಿಗೂ ವಿಕಿರಣದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸೂರ್ಯಕಿರಣಗಳಲ್ಲಿ ವಿಕಿರಣಗಳು ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಯರ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಅದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ಪ್ರಕೃತಿದತ್ತವಾಗಿ ನಮ್ಮ ಜನರ ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ಚರ್ಮವು ಬಿಳಿಯರ ಚರ್ಮಕ್ಕಿಂತ ವಿಕಿರಣಗಳನ್ನು ವಿರೋಧಿಸುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ಇನ್ನು ವೈರಸ್‌ಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಶಂಕೆ ಇದ್ದು, ಈ ಬಗ್ಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಕೆಲವು ಪ್ರಕರಣದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ರೀತಿಯ ಕಾರಣ–ಸಂಬಂಧ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಯಕೃತ್ತಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಬರ್ಕಿಟ್ಸ ಲಿಂಫೋಮಾ ಎಂಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಪಾತ್ರ ಹಿರಿದು. ಯಾವುದೇ ಜೀವಕೋಶವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ರಾರಾಸಾಯನಿಕವೊಂದರ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಸತತವಾಗಿ ಒಳಗಾದಾಗ ಕೊನೆಗೊಮ್ಮೆ ಅದರಲ್ಲಿನ ವಂಶವಾಹಿ ಬದಲಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವವು. ಈ ರೀತಿಯ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ದೇಹದೊಳಗೆ ಇರಬಹುದು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಬಂದವುಗಳಾಗಿರಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಎಂಬಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಲಕುತ್ತಿರುವ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣ ವಂಶವಾಹಿಯಲ್ಲಿನ ಜನ್ಮದತ್ತ ದೋಷದ ಜೊತೆಗೆ ದೇಹದಲ್ಲಿನ 'ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್' ಎಂಬ ಹಾರ್ಮೋನಿನ ಸತತ ಪ್ರೇರಣೆ ಎಂಬ ಕಾರಣ ಗೊತ್ತಾಗಿದೆ. ಇಂದಿನ ಆಧುನಿಕ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ನಾವು ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಯೂ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳಿಂದ ಸುತ್ತುವರೆದಿದ್ದೇವೆ ಉಸಿರಾಡುವ ಗಾಳಿಯೂ ಕೂಡ ಇಂದು ಮಲಿನವಾಗಿದೆ. ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವೂ ರಸಗೊಬ್ಬರ ಹಾಗೂ ಆಹಾರ ರಕ್ಷಕಗಳಿಂದ ರಾಸಾಯನಿಕಯುಕ್ತವಾಗಿವೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಕೂಡ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಆಗರವೇ ಅಗಿರುವ ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಮಾರಿ ಬಲಿಯುತ್ತಿರುವುದರಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯ ಪಡುವಂಥದ್ದೇನಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಾಕೃತಿಕವಾದ ತಾಜಾ ಆಹಾರವನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಟ್ಟು ಸಂಸ್ಕರಿತ ಆಹಾರಗಳ ಕಡೆಗೆ ಚಾಪಲ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಹೊರಳಿರುವುದು ನಮಗೆ ನಾವೇ ಬಗೆದುಕೊಂಡ ದ್ರೋಹಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದೆ.

ಇನ್ನೂ ಬೇಕು ಬೇಕೆಂದು ರಾಸಾಯನಿಕ ದಾಳಿಗೆ ಒಡ್ಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮಾನವನ ಚಾಳಿ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ನಂಬುವುದು ಕಷ್ಟವಾದರೂ ಸತ್ಯ. ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನ, ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ, ಗುಟ್ಕಾ ಇತ್ಯಾದಿ ಚಟಗಳು ದಾರಿಯಲ್ಲಿ ಹೋಗುವ ಹೆಮ್ಮಾರಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಬಂದು ಹೋಗು ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತವೆ.

ಸಿಗರೇಟಿನ ಹೊಗೆಯೊಂದರಲ್ಲೇ ನೂರಾರು ಬಗೆಯ ತೀಕ್ಷ್ಣ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ರಾಸಾಯನಿಕ ಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಆಶ್ಚರ್ಯವೆಂದರೆ ಇಂತಹ ಭಯಂಕರ ಸತ್ಯವನ್ನು ಅರಿತಿದ್ದರೂ ಇದರಿಂದ ದೂರವಿರಲಾರದೆ ಇರುವುದು ಮಾನವನ ದೌರ್ಬಲ್ಯ. ಇವಲ್ಲದೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮೊದಲಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಆಗುವುದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಪೂರ್ವ ಸ್ಥಿತಿಗಳು (ಪ್ರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಡಿಶನ್ಸ್) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿನ ಲ್ಯುಕೋಪ್ಲೇಕಿಯಾ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಯಲ್, ಪಾಲಿ ಫೋಕಸ್, ಯಕೃತ್ತಿನ

ಕೊಳೆಯುಳಿಕೆ (ನಿರೋಸಿಸ್) ಕಾಯಿಲೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಇದ್ದಾಗ ಮುಂದಕ್ಕೆ ಆಯಾ ಭಾಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ತಜ್ಞರ ಬೇಟಿಯ ಮೂಲಕ ಪಡೆದು ಅವರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ನಡೆಯ ಬೇಕೆಂದು ಮಾತ್ರ ಇಲ್ಲಿ ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ.

ದೇಹದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕುಂಟಿತಗೊಂಡಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ ಎಂಬುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ. ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗುವಿಗೆ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಉಂಟಾದರೂ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದಿರುವುದು ಕುಂಠಿತಗೊಂಡ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಬಹುಕ್ಷೀಣವಾಗುತ್ತದೆಯಾದ್ದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುವ ನಿರ್ದಯಿಯಾದ ಕಾಯಿಲೆಯು ಎಳೆ ಹಸುಳೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ವೃದ್ಧರ ತನಕ ಯಾರನ್ನು ಅದು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾತ್ವಿಕ ಜೀವನ ನಡೆಸಿದ ಸಾಧು-ಸಂತರನ್ನು ಬೀಡುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂದ ಮೇಲೆ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರ ಪಾಡೇನು. ಹಾಗೆಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಪೆಂಡಂಭೂತವೊಂದಕ್ಕೆ ನಾವೇ ಆಹ್ವಾನವೀಯಬೇಕೆಂದೆನೂ ಇಲ್ಲ. ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಬದಲಾವಣೆ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆಗಳಿಂದ ನಾವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಾರಿಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ದೂರವಿಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸ ಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಖಚಿತ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಹೇಳುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆದರೂ, ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಆಂತರಿಕ ಕಾರಣಗಳಾಗಿದ್ದರೆ (ಎಂಡೋ ಜಿನಸ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್) ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಕಾರಣಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ(ಎಕ್ಸೋ ಜಿನಸ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್). ಕೆಲವು ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತರಹದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಶ್ವೇತವರ್ಣೀಯರಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ನಾವು ಹಚ್ಚಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು ತೀರಾ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಹಾಗು ವೃದ್ಧರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿ. ಈ ಎರಡೂ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು. ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶ, ಗರ್ಭಕೊರಳು, ಸ್ತನ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಬಹುದು.

ಒಂದೇ ವಂಶದಲ್ಲಿ (ಕುಟುಂಬ) ಕೆಲವು ತೆರನಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವರೆಲ್ಲರ ವಂಶವಾಹಿಗಳೆಲ್ಲಾರಬಹುದಾದ ವಿಕಾರಗಳಿಂದ ಹೀಗಾಗಬಹುದು. ಇನ್ನು "ಬಾಹ್ಯಪರಿಸರದ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ 'ಕೆರಳಿಕೆ' ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆರಳಿಕೆ, ಭೌತಿಕ, ರಾಸಾಯನಿಕ ಇಲ್ಲದೆ

ವಿಕಿರಣಗಳಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದು ವೈರಸ್ ಸೋಂಕು ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಗಮಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆಯೂ ಇದೆ. ಇವುಗಳೆನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದು."[9] ಈ ಎಲ್ಲ ಆಂತರಿಕ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕ ಅಂಶಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಜನಾಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಅನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿದ್ದವರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಾಗ ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದರೂ ಅದು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಒಮ್ಮೆಲೇ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲ. ಒಂದು ಅಂಗಾಂಗದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರ ದೊಡನೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದುವಂತಾದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೊದಲ ಹಂತದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಹಂತವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ಜೀವಕೋಶ ದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ ಅವು ಮತ್ತೆ ಎಂದಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹಾಗಾಗದೆ ಅದೇ ಪರಿಸರ ಸತತವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆದರೆ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಬದಲಾಗುವಂತಹ ಮುಂದಿನ ಹಂತ ತಲುಪುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಜನಸಮುದಾಯದ 35 ರಿಂದ 65ರ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರದಲ್ಲಿರುವ ಒಂದು ಸಹಸ್ರ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಇಲ್ಲವೆ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ಅಂತರ ಕೇವಲ 2 ರಿಂದ 5 ರಷ್ಟು ಎಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಆದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅವುಗಳ ಸಂಪರ್ಕ ಕಡಿದುಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ಈ ದೆಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಳವಳಪಡಬೇಕಾದ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲ.

ಒಂದು ಅವಯವ ಅಥವಾ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಕೆರಳುವ ಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಿ ಬಹಳ ಕಾಲ ಮುಂದುವರೆದರೆ ತಮ್ಮ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಅವು ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಯಗಳು ದುರಸ್ತಾಗುವಾಗ ಜೀವಕೋಶಗಳ ವಿಭಜನೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ತಪ್ಪಿದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

"ಕಾಶ್ಮೀರದ ಚಳಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಕೆಲವರು ಹೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ತೊಡೆಗಳ ಅಂತರದ ಜಾಗೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಂಗರಿಗಳೆಂಬ ಉರಿಯುವ ಕೆಂಡದ ಅಗ್ಗಿಷ್ಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಇರಿಸಿ ಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಶಾಖದ ಕೆರಳಿಕೆಯಿಂದ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಸುಟ್ಟ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ವ್ರಣಗಳಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂದೆ ಅದೇ ಕಾಂಗರೀ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ."[10] ಇದೇ ರೀತಿ ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನ ಚಿಮಣಿ ಗುಡಿಸುವ ಕಾರ್ಮಿಕರ ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ವ್ರಣಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಚಿಮಣಿಯ ಹೊಗೆಯ ಬದಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದ ಡೈಬೇನ್ ಜೆಲ್ ಆಂಥ್ರಸೀನ್ ಎಂಬ ರಾಸಾಯನಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿತ್ತು ಜೀವಕೋಶಗಳು ವಿಭಜನೆ

ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಏರುಪೇರು ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ಕೋಶಗಳ ಗುಂಪನ್ನು ಹುಟ್ಟಿ ಹಾಕುವುದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೂಲ. ಈ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ಆವಸ್ಥೆಯ ಮೂಲ ಅಡಗಿರುವುದು ಕೋಶ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ (ನ್ಯೂಕ್ಲಿಯಸ್). ಅಲ್ಲಿರುವ ವರ್ಣ ತಂತುಗಳು ಅವುಗಳ ಭಾಗವಾದ ಜೀನಗಳು ಊನಗೊಂಡರೆ ಆಗುವ ಅನಾಹುತ ಊಹಿಸಲು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯ. ನಮ್ಮ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವಸ್ತುಗಳು ಇಂತಹ ಊನವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅಣು ವಿಕಿರಣ ತಿಕ್ಷ್ಣ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಕೆಲವು ಭೌತಿಕ ಕೆರಳಿಕೆಯ ವಸ್ತುಗಳು ಇವೆಲ್ಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬೀಡಿ, ಸಿಗರೇಟು, ಸುಣ್ಣದೊಡನೆ ತಂಬಾಕು ಜಗಿಯುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಕೊಬ್ಬಿನಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆ, ಟಾರು, ಯುರೇನಿಯಂ, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಇವೆಲ್ಲವೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಕಾರಣಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅನುವಂಶೀಯತೆ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಪ್ರಭಾವ, ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳು, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಜನಾಂಗೀಯ ಸಂಬಂಧಗಳು, ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ, ಸೌಮ್ಯ ಸ್ವರೂಪದ ಗೆಡ್ಡೆ, ವ್ರಣಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಇವೆಲ್ಲವೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ನಾಂದಿ ಹಾಡಬಲ್ಲ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು. ಈ ಅಂಶಗಳು ಕಂಡುಬಂದೊಡನೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳುವುದು. ಇಂತಹ ವಸ್ತುಗಳು ಆ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಕೆರಳಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಆರಂಭಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರವಾಗಬಹುದು. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೋಗದ ಆರಂಭಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮೊದಲಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗ ಬಹುದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಹುಳುಕು ಹಲ್ಲಿನ ಚೂಪು ತುದಿಯೊಂದು ನಾಲಿಗೆಗೆ ತಗಲುತ್ತ ಗಾಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆ ನಾಲಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಆರಂಭಿಕ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಹಲ್ಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿ ಕೆರಳಿಕೆಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿದಲ್ಲಿ ನಾಲಿಗೆಯ ಹುಣ್ಣು ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗುತ್ತದೆ. ನೋವಿಲ್ಲವೆಂದು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿದಲ್ಲಿ ಗಾಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮುಂದಿನ ಹಂತ ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಈಗ ಕೆರಳಿಕೆಯ ನಿವಾರಣೆ ಉಪಯೋಗವಾಗದಿರಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ, ಅತಿ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸುಲಭ ಮತ್ತು ಫಲಕಾರಿ. ಕೆರಳಿಕೆ ಸತತವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಲೇ ಇದ್ದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಹುಟ್ಟಿಹಾಕುತ್ತದೆ. ಸಿಗಾರ ಸೇದುವವರ ಕೆಳತುಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವುದುಂಟು. ಇಂಡೋನೇಷ್ಯಾದ ಕೆಲವೆಡೆ ಚುಟ್ಟಾದ ಉರಿಯುವ ತುದಿಯನ್ನು ಬಾಯಿಯೊಳಗೆ ಇಟ್ಟು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆಂಧ್ರದಲ್ಲಿಯೂ ಬೀಡಿಯ ಉರಿಯುವ ತುದಿಯನ್ನು ಬಾಯಿಯೊಳಗೆ ಇಟ್ಟು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸವಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಅವರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚು. ನೆಗಡಿ ಇನ್‌ಫ್ಲೂಯೆನ್ಜಾ, ಮೈಲಿ, ಸಿಡುಬು ಮುಂತಾದ ರೋಗಗಳಿಗೆ ವೈರಸ್‌ಗಳಲ್ಲದ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಕಣಗಳೇ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಈಗ ಎಲ್ಲರೂ ಗೊತ್ತಿರುವ ವಿಷಯ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದಾದ ಬ್ಯಾಕ್ಟಿರಿಯಾಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಸಾವಿರಾರು ಪಾಲು ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ವಿಷಮ ಜೀವಕಣಗಳೇ ವೈರಸ್‌ಗಳು ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನ್ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರ ಅವುಗಳನ್ನು ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಕೆಲವು ಬಗೆಯ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ ವೈರಸ್ ಕಾರಣವಿರಬಹದೆಂದು ಶಂಕೆ. ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಿಂದಲೂ ಇದೆ. "ಕೋಶಗಳಿಗೆ ತಗಲುವ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗದಂತೆ ಒಂದು ಕೋಳಿಯಿಂದ ಇನ್ನೊಂದಕ್ಕೆ ಹರಡುವುದರಲ್ಲಿ ಕೌಸ್ ಎಂಬ ವಿಜ್ಞಾನಿ 1911ರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸು ಗಳಿಸಿದ್ದರು."[11] ಕೆಲವು ಪ್ರಾಣಿಪಕ್ಷಿಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಲೂ ಇಂತಹ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಆದರೆ, ಮನುಷ್ಯ ಮತ್ತಿತರ ಮೇಲುವರ್ಗದ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ಸು ದೊರೆತಿಲ್ಲ. ಜೀವಕೋಶಗಳ ಒಳಗಡೆ ವಾಸ್ತವ್ಯ ಹೂಡಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವ ವೈರಸ್‌ಗಳು ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಚೋದನೆಯ ಗುಣವನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯಬಹುದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಹಲವು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳಿಗೆ ಇದೆ.

ಜೀವಕೋಶಗಳು ವಿಭಜನೆಯ ಪ್ರಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಏರಪೇರು ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ಕೋಶಗಳ ಗುಂಪನ್ನು ಹುಟ್ಟಿ ಹಾಕುವುದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೂಲ. ಈ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ಆವಸ್ಥೆಯ ಮೂಲ ಅಡಿಗಿರುವುದು ಕೋಶ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ (ನ್ಯೂಕ್ಲಿಯಸ್) ಅಲ್ಲಿರುವ ವರ್ಣತಂತುಗಳು. ಅವುಗಳ ಭಾರವಾದ ಜೀನ್‌ಗಳು ಊನಗೊಂಡರೆ ಆಗುವ ಅನಾಹುತ ಊಹಿಸಲು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯ. "ತಂದೆ-ತಾಯಿ, ಮಕ್ಕಳು, ಸೋದರ, ಸೋದರಿಯರು ಮುಂತಾದ ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಬಗೆಯ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿವೆ ರೇಟಿನೋ ಬ್ಲಾಸ್ಟೋಮಾ ಎಂಬುದೊಂದು ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಅಪರೂಪದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಅದು ವಂಶಪಾರ್ಯಂಪರಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಗೊತ್ತಾಗಿದೆ. ಚಿತ್ಪಾವನ ಬ್ರಾಹ್ಮಣರ ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಬ್ರೊಕಾ ಎಂಬ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿ ಒಂದು ಕುಟುಂಬದ 26 ಜನರಲ್ಲಿ 16 ಮಂದಿಗೆ ಸ್ತನ, ಯಕೃತ್ತು, ಗರ್ಭಕೋಶ ಅವಯಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಿಂದ ಸತ್ತವರ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆಮಾಡಿದ್ದರು."[12] ವಂಶವಾಹಿಗಳಲ್ಲಾಗುವ ವಿಕಾರಗಳೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ ಆದರೆ, ಕುಟುಂಬದ ಪೂರ್ವಿಕರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದ್ದ ನಿದರ್ಶನವಿದ್ದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅವರ ಸಂತತಿಯವರೆಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಅದು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆಂದು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರಾಗಿದ್ದ ಪೂರ್ವಿಕರಿದ್ದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರದಲ್ಲೇ ಕೆರಳಿಕೆ ವಿಕಿರಣತೆ, ಧೂಮಪಾನ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯವರು ಮುಂದುವರೆಸಿದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ "ಧೂಮಪಾನದ ಅಭ್ಯಾಸವಿರುವರಲ್ಲಿ, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬುದು ಈಗ ಗೊತ್ತಾಗಿದೆ."[13]

ಹೀಗೆ ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವವರೇ ಅಲ್ಲದೇ ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡದ ಅವರ ಮಕ್ಕಳ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಒಳಪರೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಎನ್‌ಜೈಮ್ ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡದವರ ಕುಟುಂಬದವರಿಗಿಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಧೂಮಪಾನಿಗಳಲ್ಲದರ ಮಕ್ಕಳು ಅತಿಯಾದ ಧೂಮಪಾನದ ಅಭ್ಯಾಸ ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡರೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಈ ಎನ್‌ಜೈಮ್

ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಜೈಮ್ ಜಾಸ್ತಿಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದ ಪೂರ್ವಿಕರು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂತತಿಯ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಹಾಗೆಯೇ ಧೂಮಪಾನಿಗಳಾಗಿರದ ಪೂರ್ವಿಕರ ಸಂತತಿಯವರು ಧೂಮಪಾನ ಅಭ್ಯಾಸ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡರೂ ಅವರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ ಮೊದಲೇ ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರಾದವರ ಮತ್ತು ಎರಡು ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಾಗಿದ್ದ ತಾಯಂದಿರ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಬಹುದಾದ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರ ಮಕ್ಕಳಿಗಿಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು ಸ್ತ್ರೀಲಿಂಗಕಾರಿ ರಸಚೋದನಿ (ಅಸ್ಟ್ರೋಜೀನ್) ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿರುತ್ತವೆ. ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿದ್ದ ಈ ರಸಚೋದನಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಲಕ್ಷಣ ವಂಶವಾಹಿಗಳ ಮೂಲಕ ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ಪ್ರವಹಿಸಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತೆನ್ನಬಹುದು. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಗುಣಾವಗುಣಗಳಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಗುಣವು ಕೂಡ ಆಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಅಚ್ಚೊತ್ತಿರುತ್ತೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆ ಗಳಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಅವನ್ನು ಅಂಕೋಜಿನ್ಸ್‌ಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂಕೋಜಿನ್ಸ್‌ಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಲ್ಲೂ ಇರಬಹುದಾದರೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರದ ಕೆರಳಿಕೆ, ವಿಕಿರಣತೆ ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿರದಿದ್ದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರದು. ಈ ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭವದ ಒಲವು ಮಿಮ್ಮಿಗಿಲಾದ ಜೀನ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು.

"ಅನುವಂಶೀಯತೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವತೆಗೆ ಪ್ರಬಲ ಕಾರಣವೇ ಸರಿ. ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತರಹದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ವಂಶಪರಂಪರಾಗತವಾಗಿ ಹರಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಕ್ಸೆರೊಡರ್ಮಾ ಪಿಗ್‌ಮೆಂಟೊಸಾ ಎಂಬ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕರುಳಿನ ಪಾಲಿಮೋಸಿಸ್ ಕೊಲೈ ಒಂದೇ ವಂಶದವರಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ನೆಪೋಲಿಯನ್ ಬೋನಪಾರ್ಟೆ, ಅವನ ತಂದೆ, ಅಜ್ಜ, ಕೆಲವರು ಸಹೋದರ, ಸಹೋದರಿಯರೂ ಸಹ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದು, ಅದರಿಂದಲೇ ಸಾವಗೀಡಾದರೆಂಬ ಪ್ರತೀತಿ ಇದೆ. ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲೂ ಶೇಕಡ 5 ರಿಂದ 7 ರಷ್ಟು ಅನುವಂಶೀಯತೆಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ."[14] ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹುಟ್ಟಲು ಅನುವಂಶೀಯತೆ ಒಂದೇ ಸಾಲದು, ಅದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾದ ಪರಿಸರ, ಉದ್ಯೋಗ, ಆಹಾರಭ್ಯಾಸ, ವಿಕಿರಣತೆ, ಧೂಮಪಾನ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳು ಅಗತ್ಯ ಇಂತಹ ಪೂರಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಿರಿಯರು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆ ಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಕಿರಿಯರು ಕಳವಳಪಡುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ.

ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಹಾರ್ಮೋನ್‌ಗಳ ಪ್ರಭಾವ, ಉಪಯೋಗ ತಿಳಿದಂತೆ, ಅವು ಸಹ ಹದಮೀರಿದಾಗ ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ

ಸ್ರವಿಸುವ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಸ್ಟಿಮ್ಯುಲೆಟಿಂಗ್ ಹಾರ್ಮೋನು (ಟಿ.ಎಸ್.ಹೆಚ್.), ಇದರ ನಿರಂತರ ಅಧಿಕ ಉತ್ಪಾದನೆಯಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆಯೆಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂಡಾಶಯಗಳಿಂದ (ಓವರೀಸ್) ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್ ಹೆಚ್ಚಳವು ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಮೂಲ. ವೃಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಟೆಸ್ಟೋಸ್ಟಿರಾನ್ ಪ್ರೋಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೆರಳಿಕೆ, ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು, ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಪ್ರಭಾವ, ಅನುವಂಶೀಯತೆ ಇವೆಲ್ಲ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಅಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಇರುವಂತವು ಅವುಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗದು ಅವು ಸ್ವಲ್ಪ ಬದಲಾವಣೆ ಮಾತ್ರ ಸಾಧ್ಯ ಇವಲ್ಲದೆ ದೇಹದ ಹೊರಗಿನ ಕಾರಣಗಳು ಇವೆ. ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಯತ್ನದಿಂದ ನಿವಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟಿಸಬಹುದು. ಆಹಾರ ಪರಿಸರ ಅಭ್ಯಾಸ ಮುಂತಾದವು ಈ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರುತ್ತವೆ. ಸಮತೋಲನ ಆಹಾರವೇ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಟ್ಟು. ಅತಿಯಾಗಿ ಸೇವಿಸಿದ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸೇರಿ, ದೇಹವನ್ನು ವಿಕಾರಗೊಳಿಸಿ ಬೊಜ್ಜು ಬೆಳೆಸುತ್ತದೆ. ಬೊಜ್ಜು ದೇಹಿಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ಪ್ರೋಸ್ಟೇಟ್, ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೊರೆತೆ ಹೊಂದಿರುವರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಲಿವರ್ ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯತೆಯೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪೂರಕವೇ, ಪರಮಾಣು ವಿಕಿರಣತೆ, ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳ ಕೆಟ್ಟಹೊಗೆ, ವಾಹನಗಳ ಹೊಗೆ, ಧೂಮಪಾನಿಗಳು ಬೀಡುವ ಹೊಗೆಯನ್ನೇ ಉಸಿರಾಡುವ ಇತರರು (ಪ್ಯಾಸಿವ್ ಸ್ಮೋಕರ್ಸ್) ಇವೆಲ್ಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕವೇ. ಬೀಡಿ, ಸೀಗರೇಟು ಸೇದುವವರ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮದ್ಯಪಾನಿಗಳ ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ಎಲೆ, ಅಡಿಕೆ, ತಂಬಾಕು, ಗುಟ್ಕಾ ಸದಾಕಾಲ ಬಾಯಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಸವಿಯುವವರು ಬಾಯಿ, ನಾಲಿಗೆ ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಈಡಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ.

ಶುಚಿತ್ವ

ಶಿನ್ನದ ಮುಂದೊಗಲ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮೇಣದಂತಹ ಬಿಳಿವಸ್ತು (ಸ್ಮೆಗ್ಮಾ) ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವುದಿದ್ದು ಪ್ರತಿದಿನ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಹಿಂದೆಸರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಸ್ವಚ್ಚಗೊಳಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಆದರೆ, ಎಷ್ಟೋ ಜನಕ್ಕೆ ಅದರ ಅರಿವೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿಯಲ್ಲಿ (ಪೈಮೋಸಿಸ್) ಸ್ಮೆಗ್ಮಾವು ದಶಕಗಟ್ಟಲೆ ಅಲ್ಲಿಯೆ ಉಳಿದು ಮುಂದೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಕಾರಣವಾದೀತು. ಮದುವೆಯಾದ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಹ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಸುನ್ನತಿ ಎಂಬ ಧಾರ್ಮಿಕ ವಿಧಿಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಂಸಿಫಸ್ ಅನ್ನು ಮಾಡಿಸುವ ಜನಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತರಹ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತೀರಾ ವಿರಳ. ಜನರು ಜೀವಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಅಥವಾ ಚಟ

ಹಾಗೂ ಜೀವನಶೈಲಿಗಳಿಗೂ, ಈಗ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಲವಾರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ, ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಹೇರಳವಾದ ಪುರಾವೆಗಳು ಸಿಗುತ್ತವೆ.

ರೇಡಿಯಂ, ಥೋರಿಯಂ, ಕೋಬಾಲ್ಟ್ ಮುಂತಾದ ಅಣುವಿಕಿರಣತೆಯ ಗುಣಗಳಿರುವ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರ ಕಡೆ ವಾಸಿಸುವವರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು. ಈ ಖನಿಜಗಳ ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿರುವವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. "ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ಕ್ವಿನ್ಸ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯದಲ್ಲಿ ಉರಿ ಬಿಸಿಲಿನ ಝಳ ಇತರ ಕಡೆಗಳಿಗಿಂತ ಜಾಸ್ತಿ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ಶ್ವೇತವರ್ಣಿಯರಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಹಳ ಜಾಸ್ತಿ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಬಿಸಿಲಿನ ಝಳದಿಂದ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವ ಮೆಲನಿನ್ ಎಂಬ ಬಣ್ಣವಸ್ತು (ಮೆಲನಿನ್ ಪಿಗ್‌ಮೆಂಟ್)ಬಿಳಿಯರ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿರುವುದೇ ಇದರ ಮೂಲ ಕಾರಣ. ವಿದ್ಯುದಾಯಸ್ಕಾಂತ ಪರಿಸರದ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಕಾರ್ಯನಿರತ ವಾಗುವ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಿಕ್, ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್, ಟೆಲಿವಿಷನ್ ಕೆಲಸಗಾರರಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಲ್ಯುಕೀಮಿಯಾ)ನ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಓಜೋನ್ ಎಂಬ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಅಂಶ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದು, ಅಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಲ್ಯುಕೀಮಿಯಾ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ ಮೀನು ಕೆಡದಂತೆ ಶೇಖರಿಸಲು ಅವನ್ನು ಹೊಗೆಯಲ್ಲಿ ಒಣಗಿಸುವ ರೂಢಿ ಇದೆ."[15]

ಈ ಮೀನುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಿನ್ನುವ ಜಪಾನೀಯರಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಜಪಾನೀಯರು ಅಮೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿ ಅಲ್ಲಿನ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಕೊಂಡಾಗ ಅವರಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅರ್ಧ ಶತಮಾನದ ಹಿಂದೆ ಅಮೇರಿಕನ್ನರಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳು ಕೆಡದಂತೆ ಕಾಪಾಡಲು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದ ರಸಾಯನಿಕಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆ ಈ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿತ್ತು. ನಂತರದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದ ಶೀತಲ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಶೇಖರಿಸುವ ರೂಢಿಯಾದಂತೆಲ್ಲ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಮುಖವಾಯಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಅಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಉಪಟಳ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈಗ ಅಲ್ಲಿಯ ಜನ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗೊಳಗಾದ ಹಾಗೂ ಪೂರಕ ಪಿಷ್ಟ, ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಮಾಂಸಮೂಲದ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಸಿಲುಕಿ ಶೀಘ್ರ ಚಲನೆಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ನಾರು, ಮರದೆಲೆಗಳೆಂತಹವು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾದವು. ಪಚನವಾಗದೇ ಉಳಿದ ಆಹಾರದ ಸಿಲುಕಿನಿಂದ ತಯಾರಾದ ಮಲವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಬಹಳ

ಸಮಯ ತಂಗಿದ್ದು ಕೊಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಕೆಲವು ರಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಕರುಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕಗಳಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ.

ಆಹಾರದ ಕೆಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಇದ್ದಾಗಲೂ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣದ ಅಂಶ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಗಂಟಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜೀವಸತ್ವ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಜಠರ, ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಹಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಆಫ್ರಿಕನ್ನರಲ್ಲಿ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಶಿಶು ಜನಿಸಿದ ಕೂಡಲೇ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ರೂಢಿ ಇರುವ ಯೆಹೂದಿ ಜನಾಂಗದಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ದಾಖಲೆಗಳು ಈವರೆಗೂ ಇಲ್ಲ. ಐದಾರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಮುಸ್ಲಿಂ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ಅಪರೂಪದ ನಿದರ್ಶನಗಳು ಇದೆ. ಆದರೆ, ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ರೂಢಿ ಇಲ್ಲದ ಆಫ್ರಿಕನ್ನರು, ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿ ಕೆರಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ತಟ್ಟೆಹುಳುವಿನ ಬಾಧೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಈಜಿಪ್ತಿನವರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ, ನಾವು ವಾಸಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ಚಟಗಳು, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು, ಪದ್ಧತಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮಿತಿಯಿಯೇ ಇಲ್ಲವೆನ್ನಬಹುದು. ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ನಮ್ಮೆಲ್ಲರ ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಗುಣ ಅಚ್ಚೊತ್ತಿದ್ದು, ಸೂಕ್ತ ಪರಿಸರ, ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳು, ಚಟ–ರೂಢಿಗಳು, ಅನುಕೂಲವಾಗಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಸುಮಾರು 200 ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಪ್ರಮುಖ 3 ಜೀನ್‌ಗಳು ಕಾರಣವೆಂದು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿದ್ದಾರೆ. ತನ್ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೊಸದೊಂದು ದಾರಿ ಸಿದ್ಧವಾಗಿದೆ. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಡಗಿರುವ ಅತಿಪುಟ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವ ಜೀನ್ ಚಿಪ್ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗ್ರಾಹಕಗಳನ್ನು (ಸೆನ್ಸಾರ್ಸ್) ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧಿಸಲಿದ್ದಾರೆನ್ನುವ ಆಶಾಭಾವನೆ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ವಿಭಜನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ನಿಯಮವಾಗಲಿ, ನಿರ್ದೇಶನವಾಗಲಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಅಂಗಾಗಳ ಸಂದಿಗೊಂದುಗಳಲ್ಲಿ ನುಸುಳುತ್ತ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಎಂದು ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ನಾವು ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳ ಆಧರಿಸಿ ನೋಡಿದಾಗ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಏರಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಅದೀಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಬೀಳುತ್ತಿವೆ ಅಷ್ಟೇ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವ್ರಣ ಅಥವಾ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ವೇಗ ವಿಪರೀತ ಹೆಚ್ಚು ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಒಂದು ಬಹು ದೊಡ್ಡ ಪಾಲನ್ನು ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ದೈನಂದಿನ

ಆಹಾರದಿಂದಲೇ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತನಗೆ ಆಶ್ರಯವಿತ್ತ ದೇಹದ ಆಹಾರವನ್ನು ಕಬಳಿಸಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ ಇದಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಾಲಿಫರೇಶನ್ ಎಂದು ಹೆಸರು. ದೇಹ ಸೊರಗಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊರಗುವಿಕೆ ಎಂದು ಹೆಸರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತವೆಯೋ ಕೆಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ. ಮಿತಿಮೀರಿ ಸೇವಿಸಿದ ಕೊಬ್ಬಿನ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪಿತ್ತರಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹಾನಿಕಾರಕ ಸಂಯುಕ್ತಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟು ಅವನತಿ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂಯುಕ್ತಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕವಾಗಿದೆ ಹಾಗಾಗಿ, ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ, ಗಿಣ್ಣು, ಹಂದಿಮಾಂಸ, ಸಿಹಿತಿಂಡಿಗಳನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಸೇವಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಕರುಳು ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ಅವು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕಗಳಾದ ಪ್ರೊಲ್ಯಾಕ್ಟಿನ್ ಮತ್ತು ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದೆಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಪುರುಷ ಹಾರ್ಮೋನು ಆದ ಟೆಸ್ಟೋಸ್ಟಿರಾನ್ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಹಾರ್ಮೋನು ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದು. ಸಕ್ಕರೆ ಬದಲು ಸ್ಯಾಕರಿನ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಸುವುವರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು ವಿಟಮಿನ್ ಎ ಮತ್ತು ಸಿ ಗಳ ಕೊರತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆ. ಎ ಯು ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಲೊಳೆ ಪೊರೆಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನಿಂದ ರಕ್ಷಿಸುತ್ತದೆ ದಿನನಿತ್ಯದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಾದ ಕೋಸು, ಕ್ಯಾರೆಟ್, ಹಾಲು, ಮೊಟ್ಟೆ, ಧಾನ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿಟಮಿನ್ ಎ ಸಾಕಷ್ಟು ಇರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂತ್ರಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಲೋಳೆ ಪೊರೆಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಬಹುದು. ಪ್ರೋಟಿನ್ ಎನ್‌ಜೈಮ್‌ಗಳ ತಯಾರಿಕೆ ಆಮ್ಲಜನಕ ಹೀರಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ರಿಬೋಪ್ಲೇವಿನ್ ಎಂಬ ಬಿ–ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಘಟಕ ಬಹು ಅಗತ್ಯ. ಜೊತೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಅದರ ಕೊರತೆಯುಂಟಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಅದೇ ರೀತಿ ಸಿ ಜೀವಸತ್ವ, ಬಿ ಜೀವಸತ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಪೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್‌ನ ಕೊರತೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಇ ಜೀವಸತ್ವದ ಬಳಕೆಯು ಸ್ತನ ಅಂಡಾಶಯ ಗುದನಾಳ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಾಗೂ ಲ್ಯುಕಿಮೀಯಾ ಎಂಬ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುತ್ತದೆ.

2.6 .ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವಿದೆಯೆಂದು ಖಚಿತವಾಗಿರುವ ಸಂಧರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ ಆಮೇಲೆ ಅದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಲ್ಲವೆಂದು ಗೊತ್ತಾಗಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಅಂತಹ ರೋಗನಿದಾನವನ್ನು ಅನುಮಾನಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿರುವ ಅಂಗದ ಒಂದು ಭಾಗ ಅಥವಾ ಇಡೀ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು

ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ನಂತರವೇ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಬೇಕು. ಹೀಗೆ, ಅನುಮಾನಿತ ವಾದ ಅಂಗಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಲ್ಲಿ ಪರೀಶೀಲಿಸಿದಾಗ ರೋಗನಿದಾನ ಖಚಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಖಚಿತವಾದ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾದರೆ ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಗತ್ಯ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಶರೀರದ ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಭಾಗಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪಿಸಿದೆಯೇ ಮತ್ತು ಆ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹಾನಿ ಉಂಟು ಮಾಡಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಸರಣಿಯೊಂದನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ವಿಶ್ವವ್ಯಾಪಿಯಾದ ಟಿ.ಎನ್.ಎಮ್ ಸ್ಟೇಜಿಂಗ್ ಸಿಸ್ಟಮ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಮೂರು ಮುಖ್ಯವಾದ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಅವು ಕ್ರಮವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು. ಬಹುಪಾಲು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಮೂರು ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಅಥವಾ ಒಂದು ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಬಹುವಿಧಾನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಡೆಸುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ವಿಧಾನಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ.

1. ಬಯಾಪ್ಸಿ.
2. ಸ್ಟೇಜಿಂಗ್ ವಿಧಾನಗಳು.
3. ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ.
4. ನಷ್ಟವಾದ ಅಂಗಭಾಗಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ರಚಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ.
5. ನೋವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ.
6. ರೋಗ ಹೆಚ್ಚು ಹರಡದಂತೆ ಮಾಡುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ.

ಬಯಾಪ್ಸಿಯು ರೋಗನಿದಾನಕ್ಕೆ ಬಳಸುವ ಅತ್ಯಂತ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ವಿಧಾನ. ಬಯೋಪ್ಸಿಗೆಂದು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಭಾಗದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ ಅನೇಕ ಬಗೆಗಳಿವೆ. ಇಡಿ ಗೆಡ್ಡೆಯೇ ಸಾಕಷ್ಟು ಚಿಕ್ಕದಾಗಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗೆಡ್ಡೆಯು ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದರೆ, ಆಗ ಅದರ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಹೊರತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗೆಡ್ಡೆಯೊಳಗೆ ಸೂಜಿಯೊಂದನ್ನು ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಭಾಗದ ತೆಳುವಾದ ಎಳೆಯೊಂದನ್ನು ಅಥವಾ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಇನ್ನೊಂದು ವಿಧಾನ (ಎಫ್.ಎನ್.ಎ.ಸಿ.).

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯು ಜಠರ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಒಳಗಡೆ ಇದ್ದರೆ ಆಗ ಬಯಾಪ್ಸಿಯನ್ನು ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪ್ ಎಂಬ ಉಪಕರಣದ ಸಹಾಯದಿಂದ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಫೈಬರ್ ಆಪ್ಟಿಕ್ಸ್‌ಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಲಾಗಿರುವ ಆಧುನಿಕ ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕನಿಗೆ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಭಾಗದ ಉತ್ತಮ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವು ಬಾರಿ ರೋಗದ ಹರಡುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲೆಂದು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಸ್ಟೇಜಿಂಗ್ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗವು ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಹರಡದೆ ಇದ್ದಾಗ ಮಾತ್ರ ಈ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಸಾಧ್ಯ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಈ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಅಂಗಾಂಗಳನ್ನು ವಿಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತವೆನ್ನಬಹುದು. ನಿಜವಾದರೂ ನಮಗಿರುವ ಆಯ್ಕೆಯು ಅಂಗವಿಕಾರ ಮತ್ತು ಸಾವಿಗೆ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಇರುತ್ತದೆ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಂಗಾಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ರಚಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಈಚೆಗೆ ಆಗಿರುವ ಸುಧಾರಣೆಗಳು ನಿವಾರಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಅಂಗವಿಕಾರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ನೆರವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಬಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಗುಣಪಡಿಸ ಲಾಗದಷ್ಟು ಮುಂದುವರೆದಿರುವಾಗ, ರೋಗಿಯ ನೋವು ಮತ್ತು ರೋಗಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲೆಂದೇ ಕೆಲವು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಆಗುವ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಇದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಇದ್ದ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಉತ್ತಮವೆಂದು ಖಚಿತವಾದ ಮೇಲೆ, ಈ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರೆ, ಅವು ರೋಗಿಯ ಬದುಕನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಅರ್ಥ ಪೂರ್ಣವಾಗಿಸುವುದಷ್ಟೆ ಅಲ್ಲ, ಅವರ ಸಾವನ್ನು ಮುಂದೆ ತಳ್ಳಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಯಾವಾಗಲೋ ಒಮ್ಮೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಬರಬಹುದಾದ ಅಂಗ ಒಂದಕ್ಕೆ ಈಗ ಬೇರೆ ರೋಗ ಬಂದಿದ್ದರೆ, ಅದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದನ್ನು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದು.

ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗ್ರಸ್ತವಾದ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನು ಕೊಲ್ಲಲು ಅತ್ಯಂತ ಶಕ್ತಿಶಾಲಿಯಾದ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಕೋಬಾಲ್ಟ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೇಡಿಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆಳವಾದ ಕ್ಷ-ಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹೆಸರುಗಳಿಂದ ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಆಧುನಿಕ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ಯಂತ್ರಗಳು ವಿಕಿರಣದ ಖಚಿತವಾದ, ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದರ ಫಲವಾಗಿ ಆಳದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಕಡಿಮೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳೊಂದಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಮೊದಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಕೊನೆಯ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಯೋಜಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಜ್ಞರು ಅದನ್ನು ಹೇಗೆ ಕೊಡಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ವಿಕಿರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಗುರುತು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತೀವ್ರತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಕೊಡಬೇಕಾದ ಒಟ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ವಿಕಿರಣದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಹಲವು ವಿಕಿರಣಗಳ ಸರಣಿಯ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸರಣಿಯು ಅನೇಕ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಪ್ರತಿ ಕಿರುಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಕೇವಲ ಕೆಲವು ನಿಮಿಷಗಳವರೆಗೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಯುವ ಈ ಕೆಲವು ನಿಮಿಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾರನ್ನೂ ಸಹ ಆ ಕೋಣೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಹಾಗೆ ಒಳಗೆ ಹೋದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೂ ಕೂಡ ಅನಗತ್ಯವಾದ ವಿಕಿರಣಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾನೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರರಷ್ಟು ನೋವಿಲ್ಲದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ನಿರಪಾಯಕಾರಿಯಾದ ಸಹಪರಿಣಾಮಗಳೆಂದರೆ ಚರ್ಮವು ಕೆಂಪಾಗುವುದು ಮತ್ತು ವಾಂತಿ ಬರುವಂತಾಗುವುದು.

ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಔಷಧಗಳಿಂದ ಸರಿಪಡಿಸುವುದನ್ನು 'ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕಿರುವ ವಿಶೇಷ ಅನುಕೂಲವೆಂದರೆ ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಗಂಥಿಯನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಇದಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಅಥವಾ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಕೇವಲ ಶರೀರದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಬಹುದಾದವು. ಬಹುಪಾಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರೋಧಿ ಔಷಧಿಗಳು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗ್ರಸ್ತ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನು ನಾಶಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಅವು ಕೆಲವು ಸಹಜವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನು ನಾಶಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಂದರ ನಂತರ ಒಂದರಂತೆ ಸಂಯೋಜನೆ ಮಾಡಿ ರೋಗಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಔಷಧಗಳನ್ನೇ ನಿರೋಧಿಸುವ ಹಠಮಾರಿ ಜೀವಕಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಸರಿಯಾದ ಕಾಲ, ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಹುಪಾಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು.

ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಪರಿಣಾಮಗಳು ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಇವು ಔಷಧದಿಂದ ಔಷಧಕ್ಕೆ ರೋಗಿಯಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಾಂತಿಯಾಗುವುದು, ಕೂದಲು ಉದರುವುದು, ಸುಸ್ತು ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ, ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಯೋಜಿಸುವ ಹಾಗು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗಂಥಿ ವಿಭಾಗದವರಾಗಿರಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ, ಇವರುಗಳಿಗೆ ಉನ್ನತ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸದ ಹಾಗು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುಭವವಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ನಿರ್ವಹಣೆಯು ಮಲ್ಟಿಡಿಸಿಪ್ಲಿನರಿ ತಂಡ, ಅಂದರೆ,

ರೋಗನಿದಾನಶಾಸ್ತ್ರದ ವೈದ್ಯರು, ವಿಕಿರಣ ವಿಭಾಗದ ವೈದ್ಯರು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಹಾಗು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗಂಥಿ ವಿಭಾಗದ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಒಟ್ಟು ನಿರ್ಣಯ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಮುಗಿದ ಮೇಲೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯೂ ಆಗಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೋಗಬೇಕು. ರೋಗವು ಮತ್ತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಹಪರಿಣಾಮಗಳು ತಡವಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಅವುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

ಕೊನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

1. **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್–ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೈಪಿಡಿ,** ಪು.2
2. ಡಾ.ಪಿ.ಎಸ್.ಶಂಕರ್, **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್,** ಪು.7
3. ಡಾ.ಸಿ.ಜಿ.ಕೇಶವಮೂರ್ತಿ, **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್,** ಪು.11
4. ಅದೇ, ಪು.12
5. ಅದೇ, ಪು.13
6. ಅದೇ, ಪು.14
7. ಡಾ.ಪಿ.ಎಸ್.ಶಂಕರ್, **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್,** ಪು.13
8. ಡಾ.ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ, **ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು,** ಪು.330
9. ಅದೇ, ಪು.323
10. ಅದೇ, ಪು.324
11. ಅದೇ, ಪು.324
12. ಅದೇ, ಪು.324
13. ಅದೇ, ಪು.325
14. ಡಾ.ಸಿ.ಜಿ.ಕೇಶವಮೂರ್ತಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಪು.21
15. ಡಾ.ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ, **ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು,** ಪು.326–27

ಅಧ್ಯಾಯ ಮೂರು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

3.1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

3.2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

3.3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

3.4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ಮೂರು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ ಸಾವಿನವರೆಗೂ ಮಾನವನ ಜೀವನವೇ ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಆಗರ. ಮನುಷ್ಯ ಹುಟ್ಟಿದಾಗಿನಿಂದ ವಯೋಮಾನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಲೇ ಬರುತ್ತಾನೆ. ಜೀವನದ ಹೆಜ್ಜೆಹೆಜ್ಜೆಗೂ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾ ಜೀವನ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮನುಷ್ಯ ಏನೇ ಸಮಸ್ಯೆ ಬಂದರೂ ಅದನ್ನು ಎದುರಿಸಿ ಧೈರ್ಯದಿಂದ ಮುನ್ನುಗ್ಗುತ್ತಾನೆ. ಏನೇ ಸಮಸ್ಯೆ ಬಂದರೂ ಅದಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಆದರೆ, ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಕೊಟ್ಟಾಗ ದಿಕ್ಕು ತೋಚದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪೀಡಿತನಾದ ರೋಗಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒಂದರಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಸುತ್ತಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತನಾದ ರೋಗಿಗೆ ದಿನದಿಂದ ದಿನಕ್ಕೆ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅವನ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಅವನು ಬಳಲುತ್ತಾನೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅವನಿಗೆ ಎದುರಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ರೋಗಿಯು ಎಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಕುಗ್ಗಿಹೋಗುತ್ತಾನೆ. ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದೇ ದುಸ್ತರ ಎನ್ನುವಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅವನು ಚಿಂತಾಕ್ರಾಂತನಾಗುತ್ತಾನೆ.

3.1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯು ಅವನು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ಸಮಸೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪೀಡಿತನಾದವನು ದೇಹದ ಯಾವ ಅಂಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಅದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಇತರ ಅಂಗಗಳ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕೂಡ ದುರ್ಬಲವಾಗುತ್ತವೆ. ಅನ್ನನಾಳಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಿಯು ಅನ್ನನಾಳಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಗುಲುವುದರಿಂದ ಅವನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತದೆ. ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ದಮ್ಮಿನಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾನೆ. ಊಟ ನುಂಗುವುದಕ್ಕೂ ಅವನಿಗೆ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಯಾಗುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅಶಕ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಗುರುತಿಸದಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯು

ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಅಂಗ ವೈಫಲ್ಯದಿಂದ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅಂಗ ಊನದಿಂದ ತಾನು ಎಲ್ಲರಂತೆ ಇಲ್ಲವಲ್ಲ ಎಂಬ ಚಿಂತೆಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ ಅಂಗ ವೈಫಲ್ಯದಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದಿನನಿತ್ಯದ ಎಲ್ಲ ಕೆಲಸಗಳಿಗೂ ಬೇರೆಯವರ ಅವಲಂಬನೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ 3 ಹಂತವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸ ಬಹುದು:

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಉದ್ಭವಿಸಿದಾಗ ಅನುಭವಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಕಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅನೇಕವು ನೋವು ರಹಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇವು ರೋಗಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸಣ್ಣ ತರಹದ ನೋವುಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಮ್ಮು ಜ್ವರದಂತಹ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ತೊಂದರೆಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ರೋಗವು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ, ಈ ಹಂತದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಬಲಿಷ್ಠನಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವನಿಗೆ ಅವು ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆದಾಯಕವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಯಾವ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆಯೋ ಆ ಭಾಗದ ನೋವುಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ತೊಂದರೆ ಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಮುಖವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೋವು ರಹಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಅನೇಕರು ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸದೆ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಸ್ಥಳಿಯ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಿ ದಿನಗಳನ್ನು ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತು ಅವರಿಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಇದ್ದಾಗ, ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಗೋಚರವಾದಾಗ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿದರೆ, ಆಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮೂರು ವಿಧದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಅ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಆ. ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ (ರೇಡಿಯೊ ಥೆರಪಿ)

ಇ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಕಿಮೋ ಥೆರಪಿ)

ಅ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು : ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾದಾಗ, ರೋಗವು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ, ಒಂದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಉಂಟಾಗಿರುವುದರಿಂದ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ಮನುಷ್ಯ ರೋಗದಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಮುನ್ನ ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ, ಅಲ್ಟ್ರಾ-ಸೌಂಡ್, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮಾಡುವುದು, ಎಫ್‌ಎನ್‌ಎಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದು-ಹೀಗೆ ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದಲೂ ರೋಗಿಯು ದೈಹಿಕ ನೋವುಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾನೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಆತನು ತನ್ನ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಅನೇಕ ನೋವು ಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರಾರಂಭದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ನಂತರ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ರೋಗಿಯು ದಾಖಲಾದಾಗ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದಾಗ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೋಗಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ನಿರಾಹಾರೀಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಬಲಹೀನನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ಅವನು ಔಷಧಿಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗುತ್ತಾನೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅಶಕ್ತನಾಗುವುದರಿಂದ ಬೇರೊಬ್ಬ ಸಹಾಯಕರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಅವನಿಗೆ ಮಜುಗುರಕ್ಕೊಳಗಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗಾಯ ಮಾಯುವವರೆಗೂ ಔಷಧೋಪಚಾರದಿಂದ ನೋವುಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಆ. ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸುವ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟಾಗ ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ. ರೋಗಿಗೆ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಕೊಡಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ

ಕೊಡಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ವೈದ್ಯರು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನೇಕ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು (ಸೈಡ್-ಎಫೆಕ್ಟ್‌ಗಳನ್ನು) ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಪಡೆಯುವಾಗ ಯಾವುದೇ ನೋವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಚರ್ಮವು ಸುಟ್ಟು ಸಹಜಸೌಂದರ್ಯ ಹಾಳಾಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮವು ಕಪ್ಪು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿ ಕುರೂಪಿತನ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಕಿರಣದ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಬಾಯಲ್ಲಿ ಗುಳ್ಳೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಊಟಮಾಡಲು ತೊಂದರೆಯಾಗಬಹುದು. ವಿಕಿರಣ ನೀಡಿದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಹಜ ಚರ್ಮವು ಹೋಗಿ ಚರ್ಮವು ಮೃದುವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉಜ್ಜುವ ಇನ್ನಿತರ ಔಷಧಿ ಲೇಪನ ಮಾಡುವಂತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರಕ್ತಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ನೀರಿನಂಶದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗು ಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಇ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳು: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಸಹ ಒಂದು. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದು ಅಥವಾ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜೊತೆಗೂ ಕೂಡ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಾಂತಿಯಾಗುವುದು, ಕೂದಲುಗಳು ಉದುರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾನೆ. ಊಟ ಸೇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಿಶ್ಯಕ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಹೀಗೆ, ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಕಿಮೋಥೆರಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ.

3. ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳನ್ನು ಮೀರಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯ ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸಲ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಒಡೆದು ಕೀವು ಸೋರಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ದುರ್ವಾಸನೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಡ್ರೆಸ್ಸಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ನೋವು ಅತಿಯಾಗಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕಾಡುತ್ತದೆ. ರೋಗಪೀಡಿತ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲದೆ, ಇತರ ಅಂಗಗಳ ನೋವುಗಳು ಕೂಡ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಶಕ್ತಿಹೀನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯು ಎಲ್ಲ ಕೆಲಸಗಳಿಗೂ ಬೇರೆಯವರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನೋವು ನಿರೋಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ ಓಡಾಡಲೂ ಕೂಡ ಆಗುತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ನೋವುಗಳಿಂದ ಯಾರಿಗೂ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲಾರದ ಕೊನೆಯ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ (ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಯು ತನ್ನದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾನೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅವನಿಗೆ ಹಲ್ಲು ನೋವು ಅಥವಾ ಇನ್ನುಳಿದ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾನೆ. ಬಾಯಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯು ದಿನದಿಂದ ದಿನಕ್ಕೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತಾ ಹೋದಂತೆ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಹತ್ತಿರದ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅವನಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿ ಗುಣಮುಖವಾಗದೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯು ಹಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತೆಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಲಿಗೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ನಾಲಿಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹರಡಿದ ಭಾಗವನ್ನು ಕೂಡ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದೇ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಬಾರಿ ನಳಿಕೆಯಿಂದ ಊಟ ಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದವಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಾಗ ಆ ಭಾಗವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದಾಗ ಅವನ ಬಾಹ್ಯಸೌಂದರ್ಯ ಹಾಳಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಖದ ಚರ್ಮ ಹಾಳಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೋಡಲು ಕುರುಪಿಯಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೋವಿನಿಂದ ಒಂದು ಕಡೆ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಇನ್ನೀತರ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಕಾಡುತ್ತವೆ. ರಕ್ತಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಬಲಹೀನರಾಗಿ ಅಶಕ್ತನಾಗುತ್ತಾರೆ. ದೇಹಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ವಿಟಮಿನ್‌ಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅನೇಕ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬಾಯಿ ತೆರೆಯಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಊಟ ಮಾಡಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸರಿಯಾಗಿ ಮಾತನಾಡಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ನಾಲಿಗೆಯನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದಾಗ ಅವನಿಗೆ ಮಾತನಾಡುವುದು ದುಸ್ತರವಾಗುತ್ತದೆ. ಊಟ ನುಂಗುವುದಕ್ಕೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಊಟದ ರುಚಿ ಕೂಡ ಅವರಿಗೆ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಂಜಿಯಂತಹ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸೇವಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗಲಂತೂ ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಹೇಳತೀರದು.

ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನಿಂದ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಗೆಡ್ಡೆಯಾಗಿ, ನಂತರ ಅದು ಒಡೆದು ವಾಸನೆ ಬರುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹಂತ ಮೀರಿದಾಗ ಅವನಿಗೆ ನೋವು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕೀವು, ರಕ್ತದಂಥ ರಸಗಳು ಸೋರತೊಡಗುತ್ತವೆ. ದಿನನಿತ್ಯ ಡ್ರೆಸ್ಸಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದರಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಬಲ ಕುಸಿದು ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುತ್ತಾನೆ.

ಧ್ವನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಗುಲಿದಾಗ ಧ್ವನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ಶಾಶ್ವತವಾಗಿ ಮಾತನಾಡಲು ಅಶಕ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೃತಕ ಉಪಕರಣದ ಸಹಾಯದಿಂದ

ಮಾತನಾಡಿದರೂ ನೈಜವಾಗಿ ಮಾತನಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯು ಬೆಳೆಯುವುದರಿಂದ ಊಟ ಮಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಗುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಉಸಿರಾಡು ವುದೂ ಸಹ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ, ದಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕೆಮ್ಮು ಬರುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಾಗ ರೋಗಿಯು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರವೂ ಕೂಡ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಯ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಮೊದಲು ಗಂಟು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ನೋವುರಹಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಕ್ರಮೇಣ, ಅದರಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಂತೂ ಇದನ್ನು ಉದಾಸೀನ ಮಾಡಿ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೂ ಅದಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ನೋವು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಒಡೆದು ಕೀವು ಸೋರಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಯು ಅನಂತರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟಾಗ, ಆಗಲೂ ದೈಹಿಕ ನೋವಿನೊಂದಿಗೆ ಅನೇಕ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸ್ತನವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳು ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ತನ್ನ ಸಹಜಸೌಂದರ್ಯ ಹಾಳಾಯಿತಲ್ಲಾ ಎನ್ನುವ ಕೊರಗು ಒಂದು ಕಡೆಯದಾದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ವಾಸಿಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಬೇಕಾಗುವ ಆತಂಕ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ ಅಂಗಹೀನರಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ವಿಕಾರನಾಗುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅವನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ವೈದ್ಯರು ಕ್ಷಕಿರಣ ತಪಾಸಣೆ, ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಕಿಮೋಥೆರಪಿಯಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಬಳಲಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅನೇಕ. ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಯಿಂದ ಕೆಟ್ಟವಾಸನೆ ಬರಲು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ನಿರಂತರ ಸ್ರವಿಸುವಿಕೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ದೇಹದ ಇತರ ಅಂಗಗಳ ನೋವು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ರೋಗಿಗಳು ಅನುಭವಿ ಸುತ್ತಾರೆ.

ಇನ್ನು ಉದರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಒಳಗೆ ಗೆಡ್ಡೆ ಉಂಟಾದ ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಉದರಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಊಟ ಸೇರುವುದಿಲ್ಲ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದರೂ ಸಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೋವನ್ನು ಕೂಡ ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ಕೂಡ ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಜ್ವರ ಬರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯು ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಅನೇಕ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾದಾಗ ಆಯಾ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಸಾರವಾಗಿ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅನೇಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾನೆ.

3.2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್' ಎನ್ನುವ ಪದ ಕೇಳಿದೊಡನೆಯೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಕುಸಿದು ಹೋಗುತ್ತಾನೆ. ತನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದೇ ಅವನಿಗೆ ಬರಸಿಡಿಲು ಬಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅವನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ನಾನಾ ವಿವಿಧ ಅಲೋಚನೆಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಪತ್ತೆಯಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವನಿಗೆ ಕುಟುಂಬದ ನಾನಾ ವಿಧದ ಅಲೋಚನೆಗಳು ತಲೆಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ತನಗೆ ಬಂದಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದಾಗ ಅವನು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಕುಸಿದು ಜರ್ಜರಿತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅವನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ನಾನಾ ವಿಚಾರಗಳು ಹರಿದಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಮೊದಲು ತಾನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಎಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಬೇಕು, ಎಲ್ಲಿಗೆ ಹೋದರೆ ತನ್ನ ರೋಗ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ, ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ, ಯಾವ ವೈದ್ಯರು ಚೆನ್ನಾಗಿ ರೋಗ ವಾಸಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ಯೋಚನೆಗಳು ಅವನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಹರಿದಾಡುತ್ತವೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ, ಅಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಅವನು ತನ್ನ ಜೀವನವೂ ಇವರಂತೆಯೇ ಎಂಬ ಯೋಚನೆಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಏನಾದರೂ ಮಾಡಿ ತನ್ನ ಜೀವ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಆಸೆ ಅವನಲ್ಲಿ ಮೂಡುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ತಯಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಆಗ ಅವನಲ್ಲಿ ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಒಂದೆಡೆ ಕುಟುಂಬದ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಭರಿಸುವುದು ಅದರ ಜೊತೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸುವುದು ಹೇಗೆ ಎಂಬುದು ಅವನಿಗೆ ತೋಚದಂತಾಗಿ, ಆಸ್ತಿ, ಬಂಗಾರ ಮತ್ತಿತರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಮಾರುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅನೇಕರಿಗೆ ಬರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ತನ್ನ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆಯಾದರೆ ಈ ರೋಗದಿಂದ ತನಗೆ ಸಾವು ಹತ್ತಿರ ಬರುತ್ತದೆಯೆಂಬ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಅವನಲ್ಲಿ ಸುಳಿದಾಡುತ್ತವೆ. ಆಗ ಅವನಿಗೆ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು ತಲೆಯಲ್ಲಿ ಸುಳಿದಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ತನ್ನ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮುಂದಿನ ದಾರಿ ಯಾವುದು, ಅವರ ಆದಾಯದ ಮೂಲವೇನು, ಹೆಂಡತಿ–ಮಕ್ಕಳ ಗತಿಯೇನು, ಅವರ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ, ಮದುವೆ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳು ಅವನಿಗೆ

ಕಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಯಜಮಾನನಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಇನ್ನಿತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು, ಅಂದರೆ, ತಮ್ಮ-ತಂಗಿಯರಿದ್ದರೆ, ಅವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ, ಅವರ ಭವಿಷ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುತ್ತಾನೆ. ಇನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯರಿದ್ದರೆ ಅವರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ಅವರ ಜೀವನದ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸತೊಡಗುತ್ತಾನೆ. ಹೀಗೆ, ಒಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ರೋಗಪೀಡಿತನಾದಾಗ ಅನೇಕ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅವನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ತಾನೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತನಾದಾಗ ತನ್ನನ್ನು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ಹೇಗೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ, ತನ್ನ ಬಂಧು-ಬಳಗ ಹೇಗೆ ವರ್ತಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ತನ್ನನ್ನು ಕುಟುಂಬದಿಂದ ದೂರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಅವನಲ್ಲಿ ಮೊಳಕೆಯೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತನಾದ ರೋಗಿಗೆ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕ್ಷಣವು ಅವನಿಗೆ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಕಾಡತೊಡಗುತ್ತದೆ. ತನ್ನ ನೆರೆಹೊರೆಯವರು ಏನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆಯೋ ಎಂಬ ಚಿಂತೆ ಅವನನ್ನು ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಅವನ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸಿದಾಗ ಅವನದೇ ಆದ ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳು ಅವನ ತಲೆಯಲ್ಲಿ ಸುಳಿದಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಸ್ನೇಹಿತರು ತನ್ನೊಂದಿಗೆ ಹೇಗೆ ವರ್ತಿಸುತ್ತಾರೆ, ಮೊದಲಿನಂತೆ ತನ್ನನ್ನು ನೋಡುತ್ತಾರೆಯೋ ಇಲ್ಲವೊ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದೆಂಬ ಚಿಂತೆಗಳು ಅವನಲ್ಲಿ ಸುಳಿದಾಡುತ್ತವೆ. ರೋಗ ಪೀಡಿತನಾದ ತನಗೆ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಹಾಯಹಸ್ತ ಸಿಗುತ್ತದೆಯೋ ಇಲ್ಲವೊ ಎಂಬ ವಿಚಾರಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಸ್ನೇಹಿತರ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ನಡೆಯೂ ಅವನಿಗೆ ಅನೇಕ ಯೋಚನೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ನೇಹಿತರಂತೆ ಬಂಧು-ಬಳಗದವರ ವರ್ತನೆಗಳು ಕೂಡ ಅವನಲ್ಲಿ ಚಿಂತೆಗೀಡುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಬಂಧು-ಬಳಗದವರು ನನ್ನಿಂದ ದೂರವಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂಬ ಬಾವನೆ ಬೆಳೆಯತೊಡಗುತ್ತದೆ. ನನಗೆ ಈ ರೋಗ ಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ಕೀಳಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತಾರೆಂಬ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಅಣ್ಣ-ತಮ್ಮಂದಿರು ದೂರವಾಗುತ್ತಾರೆಂಬ ಭಾವನೆ ಬೆಳೆಯತೊಡಗುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಆಸ್ತಿ-ಪಾಸ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ಅವನಿಗೆ ಕಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ.

ನಾನು ಸತ್ತರೆ ನನ್ನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಿಗುವುದೋ ಇಲ್ಲವೋ ಎಂಬ ಚಿಂತೆ, ತನ್ನ ಹೆಂಡತಿಯನ್ನು ಹೇಗೆ ನೋಡುತ್ತಾರೆಂಬ ಚಿಂತೆ, ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಹಾರಗಳಿಗಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳ ಚಿಂತೆ. ಹೀಗೆ, ಅನೇಕ ಯೋಚನೆಗಳು ಒಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ತಾನು ಊಹಿಸಲಾರದಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಅವರ ಜೀವನವು ಹೇಗಿರುತ್ತದೆಯೋ ಹಾಗೆ ಅವರವರಿಗೆ ಚಿಂತೆಗಳು ಸುಳಿದಾಡುತ್ತವೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ತನ್ನ ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆಗಳು ಸುಳಿದಾಡುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ರೋಗವಾದ್ದರಿಂದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಘಟನೆಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದಿನಗಳು ಕೂಡ ಅವನಿಗೆ ಚಿಂತೆಗೀಡುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಸಾವು ಎನ್ನುವ ವಿಚಾರ ಬಂದಾಗ ತನ್ನೆಲ್ಲ ವಿಚಾರಗಳು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಬೆಟ್ಟದಂತೆ ಮುಂದೆಬಂದು ನಿಲ್ಲುತ್ತವೆ. ದಿನ ಕಳೆದಂತೆ ಅವನಿಗೆ ಅನೇಕ ವಿಚಾರವಾಗಿ,

ಅಂದರೆ, ತನ್ನ ಬಗ್ಗೆ, ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ, ಹೆಂಡತಿ ಮಕ್ಕಳ ಬಗ್ಗೆ, ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅಣ್ಣ-ತಮ್ಮಂದಿರ ಬಗ್ಗೆ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೊಂದಿಗೂ ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಹರಿದಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ. ತಾನು ಇನ್ನೂ ಬದುಕುಬೇಕೆಂಬ ವಿಚಾರ ಬಂದಾಗ ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋದರೆ ತಾನು ಬದುಕಬಹುದು, ಯಾವ ಊರಿಗೆ ಹೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದರೆ ಇದರಿಂದ ದೂರವಾಗಬಹುದು ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಬರತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಚಿಂತೆಗಳು ಅವನಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಹಾಳುಮಾಡಿ, ದೈಹಿಕವಾಗಿಯೂ ಬಲಹೀನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆಯೇ ಹೊರತು ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯು ಮಾನಸಿಕ ಚಿಂತೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಮಾನಸಿಕ ಚಿಂತೆಗಳು ಅವನ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕ್ಷಣಕ್ಷಣಕ್ಕೂ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿ ಮನಸ್ಸನ್ನು ಕೆಡಿಸತೊಡಗುತ್ತವೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ಜನರಿಗೇ ಈ ಚಿಂತೆಗಳು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ ಸಾವಿನವರೆಗೆ ಚಿಂತೆಯೆಂಬ ರೋಗದಿಂದ ಮನಸ್ಸು ಪೀಡಿತನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ಇನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂಥ ರೋಗ ಪೀಡಿತನಾದಾಗ ಅವನು ಯೋಚಿಸುವ, ಚಿಂತಿಸುವ ಬಗೆಯೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ದೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವವರನ್ನು ನೋಡಿಯೂ ಕೂಡ ಆತನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಆಲೋಚನೆಗಳು ಮೂಡುತ್ತವೆ. ಮುಂದಿನ ಭವಿಷ್ಯದ ಚಿಂತೆ ಅವನನ್ನು ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು, ಆಲೋಚನೆಗಳು, ಚಿಂತೆಗಳು ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿಯೂ ವಿಭಿನ್ನ ರೀತಿಯ ಆಲೋಚನೆಗಳು, ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳ ಬಗ್ಗೆಯೇ ಚಿಂತೆಯಾದರೆ, ಕೆಲ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಗಂಡ/ಹೆಂಡತಿಯ ಚಿಂತೆ. ಕೆಲ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಂದೆ-ತಾಯಿಯ ಚಿಂತೆ, ಇನ್ನು ಕೆಲವರಿಗೆ ಹಣಕಾಸಿನ, ಆಸ್ತಿಪಾಸ್ತಿಯ ಚಿಂತೆಗಳು, ಕೆಲವರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆ, ಇನ್ನು ಕೆಲವರಿಗೆ ಆದಾಯ ಮೂಲದ ಚಿಂತೆ, ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆ. ಹೀಗೆ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೂ ತನ್ನದೇ ಆದ ವಿಭಿನ್ನ ಯೋಚನೆಗಳು, ಆಲೋಚನೆಗಳು, ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡತೊಡಗುತ್ತವೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ತನ್ನ ಜೀವನಾಂತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಕಾಡುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಎಲ್ಲ ರೋಗಿಗಳಿಗೂ ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ವಯಸ್ಸಿಗನು ಗುಣವಾಗಿ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. 50 ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಯಸ್ಸಿನ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡಿದರೆ, 35 ರಿಂದ 40 ವರ್ಷದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿಭಿನ್ನ ರೀತಿಯ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ, ವಯೋಮಾನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಗನುಸಾರವಾಗಿ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ಅವರಿಗೆ

ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಚಿಂತೆಗಳು ಕಾಡುತ್ತವೆ. 25 ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ಅವರ ಚಿಂತೆಗಳು ಇತರರಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಹೀಗೆ, ಒಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಅಂದರೆ, ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಜೀವನದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒಂದಡೆಯಾದರೆ ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಕಾಡುತ್ತವೆ.

3.3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಮೂಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಇಂದಿನ ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲನಾಗಿರುವವನು ಎಲ್ಲ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು, ಸುಖಭೋಗಗಳನ್ನು, ಉತ್ತಮ ದರ್ಜೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾನೆ. ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹಣವನ್ನು ಹೇರಳವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಲು ಯೋಗ್ಯತೆ ಇದ್ದವರು ಶ್ರೇಷ್ಠದರ್ಜೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಹಾಗು ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಶಕ್ತರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ವಿದೇಶಗಳಿಗೂ ಹೋಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದು ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತಾರೆ. ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಹೈಟೆಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳದ್ದೇ ಕಾರುಬಾರು. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಣದೋಚುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಇವು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಿಲುಕದ್ದಾಗಿವೆ.

ಬಡ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಜನ ತಮ್ಮ ಜೀವನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಅನೇಕ ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಏನಾದರೊಂದು ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಎದುರಾದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವರು ಅನೇಕ ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ವರ್ಗದ ಜನರ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ರೋಗ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಬಂದಲ್ಲಿ ಆ ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯೇ ಡೋಲಾಯಮಾನವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುವ ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರು, ರೈತರು ಹಾಗು ಇನ್ನಿತರ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಥ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ರೋಗಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಬರಸಿಡಿಲು ಬಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವರ್ಗದ ಜನರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉಳಿತಾಯ ಮಾಡಿ ಹಣವನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ, ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಇತರ ಎಲ್ಲ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಅವರು ಅಸಮರ್ಥರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವರಿಗೆ ದಿಕ್ಕೇ ತೋಚದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿತೆಂದರೆ ಅದು ಎರಡು ರೀತಿಯ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ, ಅವನು ದುಡಿಯಲು ಅಸಮರ್ಥನಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸಲು ತಮ್ಮ ಶಕ್ತಿಮೀರಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಇದರಿಂದ ಅವರು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಾಲು ಸಾಲಾಗಿ ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಭಾಗದ ರೈತರು, ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ಇಂಥ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಬಂದಾಗ ಅವರು ಅನೇಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾರೆ. ಅವರ ಕಷ್ಟ ಹೇಳತೀರದು. ಈ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದಾಗ ಸಾಲ ಮಾಡುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಸಾಲಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡ್ಡಿಯನ್ನು ಅವರು ತೆರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಂದ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿದಾಗ ಅವರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿರುವ ಬೆಳ್ಳಿ, ಬಂಗಾರದಂತಹ ಆಭರಣಗಳನ್ನು ಅಡವಿಟ್ಟು ಹಣವನ್ನು ತಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಡ್ಡಿ ತೆತ್ತು ಹಣ ಹೊಂದಿಸಿಕೊಂಡು ನಗರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಥ ದೊಡ್ಡ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇರುವುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಿಂದ ಬರುವವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ ಜೀವ ಅತಿಮುಖ್ಯವಾದದ್ದು ಅಂಥ ಅಮೂಲ್ಯವಾದ ಜೀವ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ತನ್ನ ಎಲ್ಲ ಶಕ್ತಿಮೀರಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ತಿಯನ್ನು ಅಡವಿಟ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಣ ಹೊಂದಿಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿರುವ ಅನೇಕ ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲೇ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುವ ಇಂಥ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಲೆದೊರುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ದುಬಾರಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದವರೆಗೂ ಇಂತಹ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸಲು ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು, ಬಂಧುಗಳು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಜೊತೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಜೊತೆಗೆ ಅವರ ಜೊತೆಗಿರುವವರ ಖರ್ಚೇ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ತಮ್ಮ ಊರುಗಳಿಂದ ಪ್ರತಿಸಾರಿ ಬಂದು ಹೋಗಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಊಟ ವಸತಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳುಗಟ್ಟಲೆ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ಹಣವನ್ನು ನೀರಿನಂತೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಕುಟುಂಬಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ಕೈಗಳು ಇಲ್ಲದೆ, ಆದಾಯವಿಲ್ಲದೆ, ಆರ್ಥಿಕ

ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದರೆ, ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೇರಳವಾಗಿ ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿ ಬರುವುದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ತಲೆದೊರುತ್ತವೆ. ಒಂದೆಡೆ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತದೆ. ಖರ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳು ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತವೆ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಅದರ ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಅನೇಕ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು/ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು, ಅಂದರೆ, ಉದಾಹರಣೆಗೆ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸ್–ರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸಿ.ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ, ಪೆಟ್‌ಸ್ಕ್ಯಾನ್‌ನಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾಗಿ ಬರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖರ್ಚುಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಇಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವರದಿ ಬಂದ ನಂತರ ರೋಗಿಯನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡುವ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳುಗಟ್ಟಲೆ ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ದಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಒಬ್ಬರು ಅಥವಾ ಇಬ್ಬರು ಸಹವರ್ತಿಗಳು ಜೊತೆಗಿರಬೇಕಾಗಿ ಬರುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚದ ಜೊತೆಗೆ ಇವರ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಭರಿಸಬೇಕಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ರೋಗಿಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಗಳಂತೆ ಮರುಭೇಟಿಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ವ್ಯಯ ಮಾಡಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ರೋಗಿಗಳು ಕೂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿ ಪಡೆಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅನೇಕ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗಿ ಬರುವುದರಿಂದ ಪ್ರತಿಸಲವೂ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು (ಕಿಮೋಥೆರಫಿ) ಅದಕ್ಕೆ ಬಳಸುವ ಗುಳಿಗೆ, ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ಇತರೆ ಔಷಧಿಗಳು ದುಬಾರಿ ಬೆಲೆಯುಳ್ಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಔಷಧಿಗಳಿಗಿಂತ ಅನೇಕಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಲೆಯುಳ್ಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದೊಂದು ಇಂಜೆಕ್ಷೆನ್ ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ಬೆಲೆಯುಳ್ಳ ದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾರೆ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಔಷಧಗಳು ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯನಿಗೆ ಕೈಗಟುಕುವ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಲೆಯುಳ್ಳದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇಂಥ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಒಂದು. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ತುಂಬಾ ವೆಚ್ಚದಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ತಿಂಗಳುಗಟ್ಟಲೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದು ಕೊಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಉಪಕರಣಗಳು ಕೊಟ್ಯಂತರ

ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಖರ್ಚುಮಾಡಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಗುಣಮಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಲಕ್ಷಗಟ್ಟಲೆ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಬೇಕಾಗು ತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅನೇಕ ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಈ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದುಬಾರಿಯಾಗಿ, ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಕಿರಣ ಯಂತ್ರಗಳನ್ನು ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ, ಅಳವಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೆ ಮಾತ್ರವೇ ಇಂತಹ ಯಂತ್ರಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅನೇಕ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಇಲ್ಲಿಯೇ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ತುಂಬ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದಲೂ ಮತ್ತು ಅನೇಕ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದಲೂ, ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆಯು ಬಿದ್ದು, ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಬಹುತೇಕ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಬಡತನದಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅರ್ಧಕ್ಕೇ ನಿಲ್ಲಿಸಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮ ಸಾರಿಗೆ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಬಹುಪಾಲು ಹಣವನ್ನು ವಿನಿಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಾಹನಗಳಲ್ಲಿ ಕರೆದುಕೊಂಡು ಬರಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಬಾಡಿಗೆ ವಾಹನಗಳ ಖರ್ಚಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣವನ್ನು ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೊಲ, ಮನೆ ಮತ್ತು ಬಂಗಾರಗಳಂತಹ ಚರ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿರಾಸ್ಥಿಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಬೀದಿಗೆ ಬಿದ್ದಿರುವ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಸಾಲ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಲವರು ಸಾಲ ತೀರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಬಡ್ಡಿ ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಶ್ರಮವಹಿಸಿ ಜೀತಕ್ಕೆ ದುಡಿಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದೊದಗುತ್ತದೆ. ಹಬ್ಬ-ಹರಿದಿನಗಳನ್ನು ಆಚರಿಸದೇ ಸುಮ್ಮನೇ ಉಳಿದ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಕುಟುಂಬವು ಸಂತೋಷದಿಂದ ಪ್ರವಾಸ ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದನ್ನು ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸಿರುವ ಉದಾಹರಣೆ ಗಳಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟದಿಂದ ಮದುವೆ, ಮುಂಜಿಯಂತಹ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮುಂದೂಡುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಗಳು ತಲೆದೋರಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಹೊರಗಿನ ಸಾಲಗಳು ಕೂಡ ಸಿಗದೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ನಾದರೆ ಎಲ್ಲರೂ ಸಾಲ ಕೊಡಲು ಹಿಂದು-ಮುಂದು ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಸ್ನೇಹಿತರೆಲ್ಲ ತಾವಾಗಿಯೇ ದೂರವಾಗಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಎಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಆರ್ಥಿಕ

ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಅಂಗಲಾಚುತ್ತಾರೆಯೋ ಎಂಬ ಕಾರಣದಿಂದ ಬಂಧು-ಬಳಗದವರು ಸಹ ದೂರವಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಯಾವ ಸ್ನೇಹಿತರು, ಬಂಧು-ಬಳಗದವರು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿಲ್ಲವೆಂದಲ್ಲ. ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಘಟನೆಗಳು ನಡೆದಿರುವುದನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಕರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಅನೇಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಬಂದೊದಗುತ್ತವೆ.

3.4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ, ಅವರ ನಾನಾ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಮಾನವ ಸಂಘಜೀವಿ. ಅವನು ಸಮಾಜದ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗ, ಹಾಗಾಗಿ, ಸಮಾಜದೊಂದಿಗಿನ ಅವನ ದೈನಂದಿನ ಎಲ್ಲ ಆಗುಹೋಗುಗಳು ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ತನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ವಿಚಾರವೇ ಅವನ ಮತ್ತು ಅವನ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಬರಿಸಿಡಿಲಾಗಿ ಬಂದೆರುಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎನ್ನುವ ಪದವೇ ಹೀಗೆ. 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ಜೀವನವೇ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್' ಎಂದು ಎಲ್ಲರೂ ಭಾವಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದರೆ ಅವನನ್ನು ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಅವರನ್ನು ಮುಟ್ಟಿದರೆ, ಅವರನ್ನು ಉಪಚರಿಸಿದರೆ, ಅವರೊಂದಿಗೆ ಊಟೋಉಪಚಾರ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಅವರೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆಯುವುದರಿಂದ, ತನಗೆ ಎಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದು ಬಿಡುತ್ತದೆಯೋ ಎಂಬ ತಪ್ಪುನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯಿಂದ ದೂರವಿರಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಅವರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಯಲು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅವರೊಂದಿಗಿನ ಒಡನಾಟ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಆದಷ್ಟು ಅವರನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಾಗಿಡಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಅವರ ಬಟ್ಟೆ, ಹಾಸಿಗೆ ಊಟದ ತಟ್ಟೆ, ಲೋಟ ಹೀಗೆ ಅವರಿಗೆ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಟ್ಟು ಅವರನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇರಿಸುವುದನ್ನು ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆಯೆಂದರೆ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಜನರು ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಾಗಿ 'ಅಯ್ಯೋ.. ಅವನಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆಯಂತೆ..' ಎಂಬ ಉದ್ಗಾರ ಗಳಿಂದಲೇ ಅವನಿಂದ ದೂರವಿರಬೇಕೆಂಬ ಅನಗತ್ಯ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಸಾರಿಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿತೆಂದರೆ ಆ ವಿಷಯವನ್ನು ಯಾರಿಗೂ ಹೇಳುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಿ ಯಾರು ಏನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೋ ಎಂಬ ಆತಂಕ ಅವರಲ್ಲಿ ಮನೆಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಪಡೆದು,

ಈ ವಿಷಯವು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಗೊತ್ತಾಗದಂತೆ ಮುಚ್ಚಿಡುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅನೇಕರು ತನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎನ್ನುವ ರೋಗವೇ ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಕಷ್ಟವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯು ತನಗೆ ರೋಗ ಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಹೇಳದೆ ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ತನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಯಾರೊಂದಿಗೂ ಚರ್ಚಿಸಲು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾರಣವೇನೆಂದರೆ, ಈ ಸಮಾಜವೂ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯರಂತೆ ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರನ್ನು ವಕ್ರದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡುವ ಮನೋಭಾವವೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರು ತಮ್ಮ ರೋಗವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಅದನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಶ್ರೀಮಂತ ವರ್ಗದವರಂತೂ ಯಾರಿಗೂ ತಿಳಿಸದೇ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದು, ಅದು ಬಹಿರಂಗವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಾಗ ಆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿಯೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ತಾತ್ಸಾರ ಮನೋಭಾವ ದಿಂದ ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ನೋವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮನ್ನು ದೂರವಿಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಮನೋಭಾವ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗ್ಗಟ್ಟು ಉಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸಲು ಹಿಂದುಮುಂದು ನೋಡುವ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಜನರಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹು ದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯೇ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬಂಧು-ಬಳಗದವರು ಕೂಡ ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಬಂದು ನೋಡಿಕೊಂಡು ಹೋದರೂ ಅವರ ಅಂತರಾಳದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಮ್ಮದೇ ರೀತಿಯ ಅಸಡ್ಡೆ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿತೆಂದರೆ ಅದು ವಾಸಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಸಮಾಜವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯು ಬದಲಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಅಂಟುಜಾಡ್ಯವಲ್ಲ. ಅದು ಒಬ್ಬರಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಬರುವ ಅಂಟುರೋಗವಲ್ಲ. ಹೀಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅನಗತ್ಯವಾದ ಈ ಕೀಳರಿಮೆಯ ಮನೋಭಾವ ಹೋಗಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅಜ್ಞಾನವೇ ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವಂತಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬದ ಸಭೆ ಸಮಾರಂಭಗಳಿಂದ ಅದಷ್ಟು ದೂರವಿಡುತ್ತಾರೆ, ಬೆರೆಯಲು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಗಳೂ

ಕೂಡ ತಮ್ಮ ರೋಗದ ಕೀಳರಿಮೆಯಿಂದ ಎಲ್ಲರಿಂದಲೂ ತಾವೇ ದೂರವಿರಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಜರ್ಝರಿತವಾಗಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಂತೆ ಎಲ್ಲರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರುವುದೇ ಒಂದು ಶಾಪವೆಂದು ಅನೇಕರು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಪೂರ್ವ ಜನ್ಮದ ಪಾಪದಿಂದಲೇ ಇಂತಹ ರೋಗ ಬರುವುದೆಂಬ ಭಾವನೆ ಇನ್ನೂ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಕುಟುಂಬಗಳೊಂದಿಗೆ ಮದುವೆಯಂತಹ ಸಂಬಂಧ ಬೆಳೆಸಲೂ ಕೂಡ ಅನೇಕರು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಅದರಿಂದ ಅವರ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬರಬಹುದೆಂಬ ಕುರುಡು ನಂಬಿಕೆ ಅನೇಕರಲ್ಲಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಲು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪತ್ತೆಯಿಂದಾಗಿ ಅನೇಕ ಮದುವೆಗಳು ಮುರಿದುಬಿದ್ದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಎಲ್ಲರಲ್ಲಿಯೂ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮತ್ತು ಅನಾದಿ ಕಾಲದಿಂದ ತಲೆತಲಾಂತರವಾಗಿ ಬಂದಿರುವ ಮೂಡ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿವೆ.

ಅನೇಕ ಜನರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದೆ ಎಂದು ಗೊತ್ತಾಗಿದ್ದರೂ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರದಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದರೆ ನನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಗೊತ್ತಾಗಿ ಬಿಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಈಗಲೂ ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಮಕ್ಕಳೊಂದಿಗೆ ಇತರೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಬೆರೆಯಲು ಬಿಡದೇ ಇರುವುದು, ಅವರೊಂದಿಗೆ ಆಟವಾಡಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡದಿರುವುದು ಇವೆಲ್ಲವೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇ ಆಗಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಇಂತಹ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾಗಿ ಗಂಡ–ಹೆಂಡತಿಯರಲ್ಲಿ ಇರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ದಾಂಪತ್ಯ ಜೀವನವು ಸುಗಮವಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳೂ ಇವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಬಂಧ ಬೆಳೆಸುವುದರಿಂದ ಎಲ್ಲಿ ತನಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದೋ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಯು ದಂಪತಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಇದ್ದೇಇರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅವರು ಬೆರೆಯಲು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಸ್ವತಃ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕೂಡ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಯಲು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅನೇಕ ಸ್ನೇಹಿತರು ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ದೂರವಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಬಂದು ಮಾತನಾಡಿಸಿದರೂ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ದೂರವೇ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲರೂ ಇದೇ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಕೆಲವರು ತಮ್ಮ ಪ್ರಯತ್ನ ಮೀರಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಇನ್ನು, ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿ ಕೀವು, ರಕ್ತ ಮುಂತಾದವು ಸೋರಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಕೆಟ್ಟವಾಸನೆ ಬರಲು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ನಿಶ್ಯಕ್ತರಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುತ್ತಾರೆ. ತಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಶಕ್ತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಂಥ ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಇವರನ್ನು ದೂರವಿಡಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಅವರನ್ನು ಮುಟ್ಟಲು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಹೀಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ತಪ್ಪು ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕು

ಸಂಶೋಧನಾ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಪುನರಾವಲೋಕನ

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕು

ಸಂಶೋಧನಾ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಪುನರಾವಲೋಕನ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಣಿತಿ ಗಳಿಸಲು ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಒಳನೋಟವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಇಂತಹ ಅಧ್ಯಯನ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಪುನರಾವಲೋಕನ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ವಿಷಯದ ಕುರಿತು, ಅನುಸರಿಸಲಾಗಿರುವ ವಿವಿಧ ಸಂಶೋಧನಾ ವೈಧಾನಿಕತೆಗಳ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ಇಂತಹ ಪುನರಾವಲೋಕನವು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ.

ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಹಾಗೂ ಭಾರತೀಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಈ ಪುನರಾವಲೋಕಿತ ಸಾಹಿತ್ಯವು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಏಳು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ :

1. ಸಾಮಾಜೋ-ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ.
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ.
3. ಕ್ಯಾನರ್ಸ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಒತ್ತಡ.
4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗೆಗಿನ ರೋಗಿಯ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧರ್ಮ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು.
5. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್.
6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ.
7. ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು.

1. ಸಾಮಾಜೋ-ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ

ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ರೋಗಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಅನಾನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶವೇ ಸರಿ. ಬಡವರಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳು ಹೀಗಿವೆ: ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಅನ್ನನಾಳ, ಬಾಯಿ, ಗರ್ಭಗೊರಳು, ಮತ್ತು ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು(ಅಮೆರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ(ಎ.ಸಿ.ಎಸ್) 1990; ಬಾಕ್ವೆಟ್ 1991 ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ 1990) ಇತ್ತೀಚಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯವು ಕಡಿಮೆಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ(ಎ.ಸಿ.ಎಸ್. 1990; ಆಮ್ಲರ್ 1987; ಬಾಕ್ವೆಟ್; ಫ್ರೀಮನ್ 1989; ಲೆಫಲ್ ಮೆಂಕ್ ಸ್ಪೀಲ್ ಮತ್ತು ವಿಂಚೆಸ್ಟರ್ 1992 ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ 1990). ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯವಾಗಿ ಅನಾನುಕೂಲ ಹೊಂದಿರುವವರಲ್ಲಿ, ಐದು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಕ್ಯಾನರ್ಸ್‌ನಿಂದ ಬದುಕುಳಿದವರ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆ. ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಮರಣಿಸುವವರಲ್ಲಿ, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಮೇಲಿನ ಆದಾಯದವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಬಡವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ(ಎ.ಸಿ.ಎಸ್ 1990 ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ 1990).

ವೈಯಕ್ತಿಕವಾದ ವರ್ತನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತೆಯ ಅಂಶಗಳು, ಹಣಕಾಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತೆಯ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಮಿತಿಗಳು–ಇಂತಹ ಬಹುಅಂಶೀಯ ಕೊಡುಗೆಯೂ ಸಹ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ವರ್ತನೆಗಳು, ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತಾ ಅಂಶಗಳು, ಮತ್ತು ಮಿತಿಗಳು, ಈ ಹಿಂದೆ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಅನಾನುಕೂಲವುಳ್ಳವರಾಗಿದ್ದ ಈಗಿನ ಮಧ್ಯಮ ಆದಾಯದ ಜನರಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಇಂತಹ ಬಹುತೇಕ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತಾ ಅಂಶಗಳು, ಮತ್ತು ಪರಿಮಿತಿಗಳು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತವೆ.[1]

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕೈಗೆಟುಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಬಳಸಲು ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಇವೆಲ್ಲವೂ ಗಮನಾರ್ಹ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ (ಸೆಲ್ಲಾ 1991; ಹ್ಯಾರಿಂಗ್ಟನ್ 1987; ಲೋಯೇಹ್ರರ್ 1991, 1990 ಮತ್ತು ಲೆಫಾಲ್ ಮೋಸ್ಬಚೆರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1992). ಯುನೈಟೆಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್ ಸೆನ್ಸಸ್ ಬ್ಯೂರೋ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವ ಪ್ರಕಾರ, ಆರ್ಥಿಕ ಅನಾನುಕೂಲ ಎಂಬುದು, ಕೃಷಿ ಇಲಾಖೆಯು ಅಂದಾಜಿಸಿರುವ, ವಿವಿಧ ಗಾತ್ರಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದ ಆಹಾರ ಬಜೆಟ್ ಆಧರಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣಾ(ಆರೈಕೆ) ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಭರಿಸಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು–ಇವುಗಳನ್ನು 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನಾನುಕೂಲಗಳು' ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೆಳಹಂತದ ಸಮಾಜೋ–ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ಪಾಲನೆ–ಪೋಷಣೆಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ

ಪತ್ನಿಯರಿಗಿಂತ ನಿರುದ್ಯೋಗಿ ಪತ್ನಿಯರು ತಮ್ಮ ಗಂಡನ ಕೊನೆಗಾಲದ ರೋಗಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಮೊರ್, ಗೌಡಾಂಗ್ನೋಲಿ ಮತ್ತು ವೂಲ್ ಇವರುಗಳ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ(1987) ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯವು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರು ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಮಟ್ಟವೂ ಸಹ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ಬಹುತೇಕರು, ಮರಣಶಯ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಆರೈಕೆ ನೀಡಲು ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಒಬರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಇತರರು[2] ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿರುವುದೇನೆಂದರೆ, ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯವು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರು ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಶಿಕ್ಷಣಮಟ್ಟ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಆರೈಕೆದಾರರು ರೋಗಿಯ ಖಾಯಿಲೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ದಿಕ್ಕೆಟ್ಟವರಾಗಿದ್ದರು.

ಕುಟುಂಬದ ಹಿರಿಯ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕಿರಿಯ ಸದಸ್ಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಗೋಲ್ಡ್ ಬರ್ಗ್ ಮತ್ತು ಟುಲ್ ವಕಾನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1982) ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾದವರ ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ರೋಗ ಕಂಡುಬಂದ ತಕ್ಷಣದ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಅನುಸರಣೆಯ, ಎರಡೂ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಹಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಕಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ 50 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿರುವುದಾಗಿ ವೆಲ್ಲಿಶ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1983) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಅವರ ವೈವಾಹಿಕ ಸಂಬಂಧವು ದುರ್ಬಲಗೊಂಡಿತು ಎಂಬ ಅಂಶವು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ, ಮೊರ್, ಗೌಡಾಂಗ್ನೋಲಿ ಮತ್ತು ವೂಲ್ (1987) ಇವರುಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ 217 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳ ಕಿರಿಯ ಸದಸ್ಯರು ಹೆಚ್ಚು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ವೆಲ್ಲಿಶ್, ಜಾಮಿಸನ್, ಮತ್ತು ಪಾಸ್ನಾವ್ (1978)[3] ಮತ್ತು ನಾರ್ತ್ಹೌಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ವೇನ್ (1987) ಇವರು, ಮಹಿಳೆಯ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಆಕೆಯು ಸ್ತನಕಳೆದುಕೊಂಡ ನಂತರದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ರೋಗಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ತನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ ತಳಕುಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ (ನಾರ್ತ್ಹೌಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ವೇನ್, 1987). ದಾಂಪತ್ಯ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವಯೋಮಾನದ ಪ್ರಭಾವವಿದೆ

ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಯಾರೇ ಆದರೂ ಇದನ್ನು ಒಂದು ಪುರಾವೆಯನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಇಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಆರೈಕೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುವ ಕ್ಯಾಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರ ಪ್ರಕಾರ (1985ಬಿ) ಇಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಯೋಮಾನದ ಪ್ರಭಾವವು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸ್ಟೋನರ್ (1982) ಎಂಬಾಕೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುರಿತ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುತ್ತಾರೆ, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಮೂರನೇ ಒಂದರಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯ ರೋಗಿಗಳು 60 ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯೋಮಾನದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ವಯೋಮಾನ ಅಥವಾ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಮತ್ತು ಭರವಸೆ–ನಂಬಿಕೆಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧವು ಆಕೆಗೆ ಕಂಡುಬರದಿದ್ದರೂ, ಭರವಸೆ–ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಹಾಗೂ ಧಾರ್ಮಿಕತೆ ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಒಂದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದನ್ನು ಆಕೆಯು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವಿದ್ದೂ ಭರವಸೆಯೊಂದಿಗೆ ಅದನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದ 21 ರಿಂದ 85 ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ವಯೋಮಾನದ 120 ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಡೇವಿಡ್ ಕ್ಯಾಲ್ಲನ್(1989) ಕೈಗೊಂಡರು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದಾಗಿ, ಭರವಸೆ–ನಂಬಿಕೆಗಳು, ವಯೋಮಾನ, ರೋಗದ ಸುದೀರ್ಘತೆ ಅಥವಾ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದಾಗಿನಿಂದ ಕಳೆದುಹೋದ ಕಾಲಾವಧಿ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ನಡುವೆ ಪರಸ್ಪರ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧ ಇಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಆಕೆಯು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಧಾರ್ಮಿಕ ನಂಬಿಕೆ–ವಿಶ್ವಾಸಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಂದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಕುಟುಂಬದ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಂತಹ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪ ಇದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರೋಗದ ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪ ಇಲ್ಲ ಎಂದವರಲ್ಲಿ ಭರವಸೆ–ನಂಬಿಕೆಗಳ ಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ವೈದ್ಯಕೀಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಕರವಾಗಿದ್ದ 156 ಜನರ ಒಂದು ಗುಂಪು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ 150 ಜನರ ಮತ್ತೊಂದು ಗುಂಪು, ಇವರಡೂ ಗುಂಪಿನವರು ಅನುಭವಿಸಿದ ಒತ್ತಡಭರಿತ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಅಳೆಯುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರ ಪಡೆದರು ನವೋಟ್ನಿ (1989) ಎರಡೂ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಅಂಕಗಳನ್ನು ಗಳಿಸಿರುವವರು ಆಕೆಗೆ ಕಂಡುಬಂದರು. ಆದರೆ, ಎರಡೂ ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ಗಣನೀಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಆಕೆಗೆ ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ.

ವೆಸ್ಸ್, ಹೈಲೆಂಡ್, ಮತ್ತು ಶ್ವೆಬೆಲ್ (1985)[4] ಇವರು ಕೈಗೊಂಡ 54 ದಂಪತಿಗಳ ರೇಖಾಂಶೀಯ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯನ್ನು (ಇಂಟರ್‌ವೆನ್‌ಷನ್) ಅಳೆಯಲು ಅನೇಕ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ್ದರು. ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ, ಮೊದಲಿಗೆ ದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ಹೊಸದಾಗಿ ಉಂಟಾದ ರೋಗಪರಿಸ್ಥಿತಿ

ಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದರ ಕುರಿತು; ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾದ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕುಟುಂಬದ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ವಿಷಯವನ್ನಾಗಿಸಿಕೊಂಡ ದಂಪತಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಗ್ಗಟ್ಟು ಮತ್ತು ಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿದರು ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಸಂಶೋಧಕರು ಕಂಡುಕೊಂಡರು.

2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದರೆ ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮಗೆ ಬಹುದೊಡ್ಡ ದುರಂತವೊಂದು ಬಂದೆರಗಿದೆಯೋ ಎಂಬಂತೆ ಬೆದರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇದು ಘೋರ ಮರಣದಂಡನೆಯೇ ಸರಿ ಎಂದೂ ಸಹ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬಂದುಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಹೊಸದಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾಗಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು (ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಅಬ್ಸರ್ವೇಷನ್) ಗಮನಿಸಿದರೆ, ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಆಘಾತ, ಅಪನಂಬಿಕೆಯಂತಹ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಸರಣಿಯನ್ನೇ ನೀಡಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ (ಐಟ್ಕೆನ್-ಸ್ವಾನ್ ಮತ್ತು ಎಸ್ಸಾನ್ 1959; ಸೆನೆಸು 1963, ಪೆಕ್ 1972); ಆತಂಕ; ಕೋಪ; ತಪ್ಪಿತಸ್ಥಭಾವ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆ (ಸದರ್ಲೆಂಡ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1953). ಮುಂದುವರಿದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆಗೆ ಎರಡು ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಿವೆ. ಅವೆಂದರೆ, ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸಬಹುದೆಂಬ ಭಯ ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದಿರುವ ಭಾವನೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಖಿನ್ನತೆಯ ಆವರ್ತನೆಯೇ ಅನೇಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗೆ ವಸ್ತುವಿಷಯವಾಗಿದೆ (ಕೋಯ್ನಿಗ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1967;[5] ಡೆರೋಗಲಿಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1983; ಮತ್ತು ಇವಾನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1986;) ಖಿನ್ನತೆಯ ಆವರ್ತನೆಯು ಶೇ.58ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು (ಹಿಂಟನ್ 1972) ಮತ್ತು ಶೇ.4.5 ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ (ಲ್ಯಾನ್ಸ್ಕಿ 1985). ಈ ಮುಂದೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿರುವ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯ ಆವರ್ತನಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. (1) ಖಿನ್ನತೆಗಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಮಾನದಂಡಗಳ ಆಧಾರವಿಲ್ಲದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆವರ್ತನೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿರುವ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ವರದಿಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನ; (2) ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆ ತಲುಪಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನ; ಮತ್ತು (3) ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಮಟ್ಟವು ತೀವ್ರತರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನ.

ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಸ್ಕಾಟ್ (1988)[6] ಎಂಬುವವರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ರೋಗಾನುಭವಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಗಳು ನೀಡಿದ ಅರ್ಥಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಬಾರ್ಕ್ವೆಲ್ (1991) ಮತ್ತು ಒ'ಕೋನ್ನರ್ ಮತ್ತು ಜರ್ಮಿನೋ (1990) ಲಿಪೋವ್ಸ್ಕಿ

(1970) ಎಂಬುವವರು ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಆ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ; ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅನುಭವಗಳ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಯನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಈಗಾಗಲೇ ಆರೋಪಿಸಲಾಗಿರುವ ಅರ್ಥಗಳೆಲ್ಲವಕ್ಕೂ ಸೆಡ್ಡುಹೊಡೆ ಯುವುದು, ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಿರುವ ಕ್ರಮದ ಮೇಲೆ ಹೇಗೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದೆ ಎಂಬುದೂ ಸಹ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಕ್ಯಾಸೆಲ್ (1982) ಎಂಬುವವರು, ಅನುಭವಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅರ್ಥವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದ ಹೊರತು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನರಳುವಿಕೆಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಒ'ಕೊನ್ನರ್, ವಿಕರ್ ಮತ್ತು ಜರ್ಮಿನೋ (1990) ಎಂಬುವವರು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರ ಅದರ ಅರ್ಥವನ್ನು ಹುಡುಕುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವ ಆರು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಲಿಪೋವ್ಸ್ಕಿ (1970)[7] ಎಂಬುವವರು, ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಎಂಟು ಅರ್ಥ–ವರ್ಗಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ಸವಾಲು, ದ್ವೇಷ, ಶಿಕ್ಷೆ, ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಪರಿಹಾರ, ಕಾರ್ಯತಂತ್ರ, ತುಂಬಲಾಗದ ನಷ್ಟ, ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ನೋವುಗಳಿಂದ ರೋಗಿಗಳು ಹೇಗೆಲ್ಲಾ ನರಳುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಬಾರ್‌ಕ್ವೆಲ್ (1991) ಎಂಬುವವರು ಲಿಪೋವ್‌ಸ್ಕಿಯವರ ಕಾರ್ಯಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಬಳಸಿದರು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ನೋವುಗಳ ಅರ್ಥವನ್ನು ವರ್ಗೀಕರಿಸಿದರು. ಬಹುತೇಕ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾದ ಅರ್ಥಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಶೇ.36ರಷ್ಟು ಸವಾಲು, ಶೇ.23ರಷ್ಟು ಶಿಕ್ಷೆ, ಶೇ.20ರಷ್ಟು ದ್ವೇಷ. ತಮ್ಮ ನೋವು– "ದ್ವೇಷ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷೆಯ ರೂಪಗಳಲ್ಲಿತ್ತು" ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಅದು "ಸವಾಲಿನದಾಗಿತ್ತು" ಎಂದು ಹೇಳಿದ ರೋಗಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ನೋವಿನ ಪ್ರಮಾಣಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು ಹಾಗೂ ನಿಭಾಯಿಸುವ ಕ್ಷಮತೆಯು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ನೋವು ಎಂಬುದರ ಅರ್ಥವನ್ನು ರೋಗಿಯು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಿ ದ್ದಾನೆ(ಪರಿಗ್ರಹಿಸಿದ್ದಾನೆ) ಎಂಬುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ನೋವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಸಂಶೋಧಕರು ನಿರ್ಧರಿಸಿದರು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಹೊಸದಾಗಿ ಪತ್ತೆಯಾದವರಲ್ಲಿನ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆ ಮತ್ತು ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಕಳಿಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಬಾಬ್ಬರ ಮತ್ತು ಇತರರು (1992) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು.

ವಯಸ್ಕರಿಗೆ, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಯಾಸಕರ ಮತ್ತು ಒಂಟಿತನದ ಅನುಭವ ಎಂದು ಅನಿಸಬಹುದು. (ಫ್ರೆಡ್ಮನ್, ಫ್ಲೋರಿಯನ್ ಮತ್ತು ಝೆರ್ನಿಟ್‌ಸ್ಕಿ– ಶುರ್ಕಾ 1989 ಸ್ಪಿಲ್ಲೀ 1988). ಹಿರಿಯ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದಾಗಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಈ ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಕೆಲವು ಗೆಳೆಯರೊಂದಿಗೆ ಅವರು ಅನುಭವ ಹಂಚಿಕೊಂಡಾಗ ಈ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ಪ್ರಮಾಣಕವಲ್ಲದ (ನಾನ್–ನಾರ್ಮೆಟಿವ್) ಘಟನೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಗಳು ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ (ಎಲ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1989; ಗಂಜ್, ಸ್ಚಾಗ್, ಮತ್ತು ಹೆನ್ಸಿಚ್ 1985, ಮತ್ತು ರಾಸ್ ಮತ್ತು ಕಾರ್ನೆಲಿಸ್ 1987). ಕಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ಣಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾಗೀದಾರಿಕೆ ಬಯಸುವಂತೆ, ಆಸಕ್ತಿ ತೋರಿಸುವಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ (ಕಸ್ಸರ್ಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1980). ಮಧ್ಯಮ ಮಯೋಮಾನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುರಿತಾದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿವೀಕ್ಷಣೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಇನ್ನಿತರೆ ವಯೋಮಾನದ ಗುಂಪಿನವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದ ಕುರಿತಾಗಿ ಮಧ್ಯಮ ವಯೋಮಾನದವರ ಆದ್ಯತೆಗಳು ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಕೆಗಳು ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಇತರೆ ವಯೋಮಾನದ ಗುಂಪಿನವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಮಧ್ಯಮ ವಯಸ್ಸಿನ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವರು ಕಡಿಮೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ (ರಾಸ್ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ನೆಲಿಯಸ್ 1987). 40ರ ಮತ್ತು 50ರ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಡೆಗೆ ಕಡಿಮೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರಿದಾಗ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯು ಅವರಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದ ಕಾರಣ, ಈ ಮಧ್ಯಮ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿ ಅವರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಜೀವನದ ಸ್ಥಿರತೆಗೆ ಧಕ್ಕೆ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಕಿರಿಯ ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಮಧ್ಯಮ ವಯೋಮಾನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಒಂಟಿತನವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು, ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ, ಅವರಿಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ (ಮೇಗಸ್ ಮತ್ತು ಮೆಂಡೆಲ್ಸನ್ 1979). ಅಲ್ಲದೆ, ಮಧ್ಯಮ ವಯಸ್ಸು ಆರಂಭವಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯೂ ಸಹ ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. (ಬರ್ಕ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1983).

ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಬಹುತೇಕ ಯುವಜನರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅತ್ಯಂತ ಯಾತನಾಮಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ತಮ್ಮದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನರಳುತ್ತಿರುವ ಹಿರಿಯ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ

ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ನರಳುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ (ಕ್ಯಾಸಿಯೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1984; ಎಡ್ಲಂಡ್ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಡ್ 1989; ಗಂಜ್ ಸ್ಟಗ್ ಮತ್ತು ಹನ್ಸ್‌ರಿಚ್ 1985; ಮತ್ತು ಮೊರ್ ಅಲೆನ್ ಮತ್ತು ಮಲಿನ್ 1994).

ಸೆಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಟ್ರೋಸ್ (1986) ಇವರುಗಳ ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ವಯೋಮಾನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬದುಕುಳಿದವರಲ್ಲಿ ಅನ್ಯೋನ್ಯತೆ, ವೃತ್ತಿ (ಕೆಲಸ) ಮತ್ತು 'ದೈಹಿಕ ಬಲ' ಮತ್ತು 'ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ' ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಕುರಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಹಂತದ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತದ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಮಾದರಿ ಬಳಸಿ, ರೊಲ್ಯಾಂಡ್ (1990) ಎಂಬುವವರು 30 ರಿಂದ 19 ವರ್ಷ ವಯೋಮಾನದ ಜನರ ಒಂದು ಗುಂಪನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಕಿರಿಯ ಪ್ರೌಢಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ತಮ್ಮ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಗೆ ಉಂಟಾದ ಹಲವಾರು ಅಡೆತಡೆಗಳ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಡೆತಡೆಗಳು ಯಾವುವೆಂದರೆ – ಬದಲಾದ ಸಂಬಂಧಗಳು, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡದ್ದು, ವೃತ್ತಿ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅನಿಶ್ಚಿತತೆ, ದೇಹದ ಆಕಾರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಮತ್ತು ಜೀವನದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು.

ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1994),[8] ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವರು ಎದುರಿಸಿದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತು 22 ರಿಂದ 35 ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಾನದ 46 ಯುವಜನರನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕ ಯುವಜನರು ಕಾಲೇಜು ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದವರು, ವಿವಾಹಿತರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದರು. ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ತಮಗೆ ಬಂದಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದು ಎಂಬ ಆತಂಕವೇ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ತರುವ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ ಅವರು ಸಿಟ್ಟಿನಿಂದ ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಅವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳ ಭವಿಷ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತೆ ಕುರಿತ ಚಿಂತೆಯಿಂದ ಆತಂಕಿತರಾಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಹಣಕಾಸಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಬದಲಾದ ಜೀವನದ ಗುರಿಗಳು ಇವುಗಳು ಇತರೆ ಕಳಕಳಿಯ ವಿಷಯಗಳಾಗಿದ್ದವು. ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಂದರ್ಶಿತರು ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಅಂಕಗಳಿಕೆಯನ್ನು ರೂಢಿಗತ ತಪಾಸಣೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿದರೆ, ಮಾನಸಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಮರಣಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಿಗಿನ ಸಂಘರ್ಷ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿನ ಕೊರತೆ ಇವುಗಳ

ಅನುಭವವಿಲ್ಲದ ಈ ಯುವಜನರಿಗೆ, ತಮ್ಮ ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳ ಬದುಕಿನ ಕಾಳಜಿ–ಕಳಕಳಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹರಿಸಲು, ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕು ಎಂಬ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಈ ಸಂಶೋಧಕರು ಬಂದರು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ಸ್ತನತೆಗೆದುಹಾಕಿದುದು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಆಳವಾದ ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದೆ (ಆಸ್ಟಿನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1990). ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಇದು ಒಂದು "ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ)" ಎಂದು ಬಣ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ಸ್ತನತೆಗೆಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಾಗುವ ತೀವ್ರತರವಾದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಆಘಾತದಿಂದ ಅಂತಹ ಯಾವೊಬ್ಬ ಮಹಿಳೆಯೂ ಸಹ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಮಹಿಳೆಯ ಸ್ತನಗಳು, ಎದೆಹಾಲನ್ನು ನೀಡಿ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪೋಷಿಸುವ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ದ್ಯೋತಕವಾಗಿ ಎರಡು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾದ ದೇಹಾಕಾರದ ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಾತ್ರಪೋಷಣೆಯಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯ ಇವುಗಳು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಗಮನಿಸಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಮಾನಸಿಕ ಏರುಪೇರುಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕಪ್ರಮಾಣದ ಆತಂಕದಿಂದ ಆರಂಭಿಸಿ ಬೃಹತ್ ಖಿನ್ನತೆಯವರೆಗೂ ಇರುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಖಚಿತವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿರುವ ರೆನೀ ರೋಯಕ್ (1991)[9] ಎಂಬುವವರು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಬೀರಿದ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕುಚೆಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುದು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆಳವಾದ ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಸ್ನೇಹಿತರ, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಸೇವಾ ವೃತ್ತಿಪರರ ಉತ್ತಮ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತಂದುಕೊಂಡು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಬಹುದೆಂದು ನಂಬಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವೀ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ತಮ್ಮ ಸ್ತನವನ್ನು ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಡಿ'ಸೋಜ ಮತ್ತು ಡಿ'ಸೋಜ (1975)[10] ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಮುನ್ನ ಬಹುತೇಕ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚು ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಬಯಸಿದರು. ಪ್ಲಂಬ್ ಮತ್ತು ಹಾಲೆಂಡ್ (1977) ಇವರು ಖಿನ್ನತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಂಡರು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ

ಎಲ್ಲಕ್ಕೂ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳಲು ತಮಗೆ 12 ವಾರಗಳ ಕಾಲಾವಧಿಯು ಬೇಕಾಯಿತು ಎಂದು ಅಧ್ಯಯಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟವರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಗುಂಪುಗಳ ಮೇಲೆ 'ಗಮನನೀಡಲೇಬೇಕಾದ ಖಿನ್ನತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಮಾಪನ'ವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿತ್ತು. ಎರಡು ಗುಂಪುಗಳ ಪೈಕಿ, 97 ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು 66 ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಮೊದಲನೆಯ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಇದ್ದರು. 99 ಮಂದಿ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದವರು ಎರಡನೆಯ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಇದ್ದರು. ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಿಗಳ ಒಂದು ಗುಂಪಿನ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.25ಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ಜನರು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.20ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದ ತೀವ್ರತರವಾದ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ದೈಹಿಕವಲ್ಲದ (ಮಾನಸಿಕ) ಖಿನ್ನತೆಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೇನೂ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ಹಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಕಿರಿಯ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚುಪ್ರಮಾಣದ ದೈಹಿಕ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ಸ್ತನವನ್ನು ಸರಳಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸ್ತನದ ರೋಗವು ಆರಂಭಗೊಂಡಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿ ಮೋರಿಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1979) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು. ರೋಗನಿರ್ಣಯಾತ್ಮಕ ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮಾಡುವ ಮುನ್ನ ಸಂರಚನಾತ್ಮಕ ಸಂದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಮನೋಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು (ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು) ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಮತ್ತು, ನಿಯಮಿತ ಕಾಲಾವಧಿಗಳಲ್ಲಿ, 2 ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ, ಮುಂದುವರೆಸಿದ ಸಂದರ್ಶನ ಮತ್ತು ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 1–2 ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಹೊರಬಿದ್ದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಂದ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವಿವರಗಳು ಹೀಗಿವೆ : (ಅ) ಶೇ.8–10ರಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪಿನ ಜನರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ಶೇ.22–25ರಷ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ತೀವ್ರಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಖಿನ್ನತೆಯ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು (ಆ) ಶೇ.6–8ರಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪಿನ ಜನರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ಶೇ.18.33ರಷ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಗಂಭೀರವಾದ ಲೈಂಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿರುವುದಾಗಿ ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಕುರಿತ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ ಮಾಡಲು, ಹ್ಯೂಗ್ಗೆಸ್ (1982)[11] ಎಂಬುವವರು 44 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅವರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಂದರ್ಶಿತರೆಲ್ಲರೂ ಸಹ ಆರಂಭಿಕ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದು ಇನ್ನೂ ತಮ್ಮ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿದರು. ನಂತರ, ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ನಂತರದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು

ಸಂದರ್ಶನ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಸಂದರ್ಶನ, ಹೀಗೆ, ಒಟ್ಟು ಮೂರು ಬಾರಿ ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಈ ಎಲ್ಲ ಸಂದರ್ಶನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಮನೋಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಡೆಗಿನ ಅವರ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಎಂಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ರೋಗಪತ್ತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತಾವು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆಯ ಒತ್ತಡಗಳಿಂದ ಬಳಲಿದ್ದಾಗಿ 33 ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದರು. ಖಿನ್ನತೆ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ವೃದ್ಧಿಯಾಯಿತು. ಮೂವತ್ತೈದು ರೋಗಿಗಳು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಮುಂಚಿನ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಶೇ.25ರಷ್ಟು ಜನರು ತೀವ್ರ ಖಿನ್ನತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಶೇ.18ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ದೈನಂದಿನ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಕಂಡುಬಂದಿತು (ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ). ಮುಂದುವರೆದ ಅನುಸರಣಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಮಯ ದಲ್ಲಿ, ಶೇ.52ರಷ್ಟು ಜನರು ತಮ್ಮ ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಚಿಂತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾ ಸಾಗಿದುದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಣ ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದ, ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಗುಂಪಿನ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡ ವ್ಯಾಟ್ಸನ್, ಗ್ರೀರ್, ಬ್ಲೇಕ್ ಅಂಡ್ ಶಾರ್ಪ್–ನೆಲ್ (1984) ಇವರುಗಳು ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಮಾಪನಮಾಡಿದರು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಗಂಭೀರತೆ ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತಲೇ ತಾನು ಅನುಭವಿಸಿದ ರೋಗಯಾತನೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರು ಎಂಬುದರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಇದು ಅವರು ಅನುಭವಿಸಿದ ಯಾತನೆಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹೇಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿತ್ತು ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಮಾಹಿತಿ–ದತ್ತಾಂಶಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದೇನೆಂದರೆ, ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದಾಗಿನ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸದ (ಗಾಂಭೀರ್ಯತೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಿದ) ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮನೋಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದುದು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಕುರಿತು ಇಂತಹ ನಿರಾಕರಣೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗಿನ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಅನುಭವಿಸಿದ ಅಲ್ಪಕಾಲೀನ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿದ ಸಂಗತಿಯು ಈ ಪರಿಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ವೆನೋಕರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1990),[12] ರೋಗಪತ್ತೆಯಾಗಿರುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ವಯೋಸಂಬಂಧಿತ ಯಾತನೆ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದರು ಮತ್ತು ಹಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ನೇರವಾಗಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಅಂಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಂತಹ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು, ಇದು 'ಕೊಳಕುತನದ', ಶಿಕ್ಷೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಬಂದಿರುವ ರೋಗ ಎಂಬ ತಪ್ಪಿತಸ್ಥಭಾವನೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬಹುದು(ಲ್ಯಾಂಬ್, 1985); ಮತ್ತು ಲಿಟಲ್-ಫೀಲ್ಡ್ (1977). ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಸ್ತ್ರೀರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯವಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು – ತಮ್ಮ ದೇಹಾಕಾರದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಸ್ವಾಭಿಮಾನ, ಲೈಂಗಿಕಕ್ರಿಯೆ, ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ– ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಯವನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪರಿತ್ಯಜಿಸಲ್ಪಡುವ, ಏಕಾಂಗಿತನದ ಮತ್ತು ತಿರಸ್ಕಾರಗೊಳ್ಳುವ (ನಿರಾಕರಿಸಲ್ಪಡುವ) ಭಯಗಳು ಇದ್ದುದು ಸಹ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1982) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಹೊಸತಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಸಂತೃಪ್ತಿಗಳು ಇವೆರಡೂ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾದವು ಎಂದು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕಾರಣಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅವರಿಗಿದ್ದ ತಪ್ಪುಗ್ರಹಿಕೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಇದು ಸಂಭವಿಸಿದೆ ಎನ್ನುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅವರ ವರದಿಯು ಭಾಗಶಃ ಸತ್ಯವಾಗಿತ್ತು ಎಂದು ನಿರ್ಣಯಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಸ್ತಮೈಥುನ, ಗರ್ಭಪಾತ, ವಿವಾಹೇತರ ಸಂಬಂಧಗಳು, ಗುಹ್ಯರೋಗಗಳು, ಅಥವಾ ಸಲಿಂಗಕಾಮ ಮುಂತಾದ ತಮ್ಮ ಹಿಂದಿನ ಲೈಂಗಿಕ ವರ್ತನೆಗಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷೆಯಾಗಿ ಈ ರೋಗವು ತಮಗೆ ಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಬಹುತೇಕ ಮಹಿಳೆಯರು ನಂಬಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ತಮ್ಮ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಕುರಿತು ಒಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಗ್ರಹಿಕೆಯನ್ನು ಅವರು ಪಡೆದಾಗ, ಅಂತಹ ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ, ಸ್ತ್ರೀರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಿಸಿದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಹೊಸದಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರೋಗವಾಸಿಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ, ಗರ್ಭಾಶಯದ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಶಯದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ ಮಹಿಳೆಯರು ಸೇರಿದಂತೆ ಒಟ್ಟು 60 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕೇನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1986) ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಅಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿನ ಖಿನ್ನತೆ, ಆತಂಕ, ವೃತ್ತಿನಿರ್ವಹಣಾ ದೌರ್ಬಲ್ಯಗಳು, ದೈನಂದಿನ ಮನೆಕೆಲಸಗಳು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಇವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಸಹ ಸಣ್ಣಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಆರಂಭಗೊಂಡು ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದವರೆವಿಗೂ ಇದ್ದದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಕುರಿತ ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಾತ್ರಪೋಷಣೆಯ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಿದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ಜನನಾಂಗದ ಒಂದು ಅಥವಾ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳು, ಅಥವಾ ಇಡೀ ಗರ್ಭಗೋರಳು ಅಥವಾ ಇಡೀ ಜನನಾಂಗವನ್ನೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ 32 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1990) ಹಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೂ ಮುಂಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡ ಮಹಿಳಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ಈಗಿನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯ ಮಟ್ಟವು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗಿಯ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆ ಇವೆರಡರ ನಡುವೆ ಪ್ರಬಲವಾದ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ದೊಡ್ಡ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಕಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯತೆ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

69 ಮಹಿಳೆಯರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಬೀರಿದ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ನಾ ಮತ್ತು ಇತರರು(1993–1994)ಸಂಶೋಧಿಸಿದರು. ಬೇರೆ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ಅವರ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು ಎಂಬುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕಿಯು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಇದಲ್ಲದೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯವು ಮರುಕಳಿಸಿದ ಬಹುತೇಕ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು, ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರ ತಂಡಗಳೊಂದಿಗಿನ ಸಂವಹನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈವಾಹಿಕ ಬಿರುಕುಗಳು ಮುಂತಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆ ಕುರಿತು ಬರ್ಕ್–ಬರ್ಗ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1984) ಅತ್ಯಂತ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಶೇಕಡಾ 24ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು ಎಂದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿತು. ಶೇ.18ರಷ್ಟು ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಈಡಾಗಿದ್ದರು. ಶೇ.14ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಖಿನ್ನತೆಯ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬಂದವು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಶೇ.44ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಖಿನ್ನತೆಯೇ ಇರಲಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ದೈಹಿಕ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ನಿರ್ವಹಣಾಕ್ಷಮತೆ ಮಟ್ಟವು ಖಿನ್ನತೆಯ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಅತಿ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿತ್ತು. ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾದವರ ಪೈಕಿ ಶೇಕಡಾ 77ರಷ್ಟು ಜನರು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ದುರ್ಬಲರಾಗಿದ್ದರು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊರರೋಗಿಗಳಾಗಿ ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾಗಿ ಅವರ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿರುವುದರ ಕುರಿತಾಗಿ ಈಕೇಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1996) ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ.

ರೋಗಿಯ 'ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಂವಹನ' ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತ 'ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ' ಇವುಗಳ ನಡುವಿನ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಕುರಿತಾದ ಸ್ವಯಂ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗೋಟ್ಚೆರ್ (1992) ಎಂಬುವವರು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡೇವಿಡ್ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾರಿಟ್ (1982),[13] ತಲೆ (ಶಿರ) ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ 151 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದಲ್ಲಿನ ತೀವ್ರ ಖಿನ್ನತೆಯ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅವರು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದರು. ಮಾರ್ಟಿನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1984) ಶೇ.40ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ 6 ತಿಂಗಳ ನಂತರ, ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಖಿನ್ನತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ (ಅಸಮರ್ಪಕತೆಗೆ) ಒಳಗಾಗಿದ್ದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರು. ಬೈಲೆ ಮತ್ತು ಇತರರು (1992) ಕೈಗೊಂಡ ಮತ್ತೊಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆ ಪ್ರಕಾರ ಶಿರ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ (ಶೇ.40) ಹೆಚ್ಚಿನ ಆವರ್ತನದಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇಂತಹ ಫಲಿತಾಂಶವು ಹೊರಬರಲು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಅಥವಾ ಮಾರಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಅಗತ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ ಎನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ರೋಗಲಕ್ಷಣ ಪೂರ್ವದ ಅಂಶಗಳು ಇಂತಹ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಫ್ಯಾಬೆರೋ ಮತ್ತು ಇತರರು (1971)[14] ಹಾಗೂ ಡೇವಿಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1986) ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ, ಬಾಯಿಕುಳಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಕಾರ್ಸಿನೋಮ) ಹೊಂದಿದ್ದವರ ಪೈಕಿ ಶೇ.30-40ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿನ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಕೇವಲ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆಕಾರ್ಯಗಳ ಪ್ರಭಾವಷ್ಟೇ ಕಾರಣವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ನೋವು, ಅಸೌಖ್ಯತೆ, ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಇವುಗಳು ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಬಾಯಿಕುಳಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಬಹುತೇಕ ಕಾರಣಗಳಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ನಿರ್ಣಯಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಗಂಟಲು, ಧ್ವನಿನಾಳದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೆಹ್ತಾ ಮತ್ತು ಅಬ್ರೋಲ್ (1982) ಎಂಬುವವರು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಬಹುತೇಕ ರೋಗಿಗಳು – ನಿರಾಶಾ ಭಾವಗಳು, ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಸ್ಥಿರತೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಭಿಮಾನದ ಕೊರತೆ – ಇಂತಹ ಖಿನ್ನತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವ ಮುಂಚಿನಿಂದಲೇ ಹೊಂದಿದ್ದರು ಎಂಬುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇ.65ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಕದಡಿಹೋಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ಪಟೇಲ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1987), ಅಹಮದಾಬಾದ್‌ನಲ್ಲಿರುವ ಗುಜರಾತ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ರಕ್ತಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಲ್ಯೂಕೋಮಿಯಾ) ಹೊಂದಿದ್ದ 37 ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಶೇ.70ರಷ್ಟು ರಕ್ತದಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾದ ಮಾನಸಿಕ ಅಡೆತಡೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಶೇ.40ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು. ಶೇ.30ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಉದ್ವೇಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ರೋಗಿಗಳ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳೂ ಸಹ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಆತಂಕಿತರಾಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂತು.

ಎಸ್ತರ್ ಸೇಲ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1992) ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪರಿಕಲ್ಪನಾತ್ಮಕ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಿ, ಹಲವು ಅಂಶಗಳ ಎರಡು ಸಮೂಹಗಳಿಂದ (ಸೆಟ್) ಉಂಟಾಗುವ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅವರು ಅಳೆದಿದ್ದಾರೆ.

ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.40ರಷ್ಟು ಜನರು, ಆರುತಿಂಗಳ ನಂತರ, ಖಿನ್ನತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಆಧಾರಗಳ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬಂದು ಮುಟ್ಟಿದರು. ನೋವು, ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಡೆತಡೆಯ ಅಸೌಖ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಇವುಗಳು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದವು. ಬಹುಶಃ ಖಿನ್ನತೆಯು ಉಂಟಾಗಲು ಇವೇ ಅಂಶಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ಮಾರ್ಟನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1984) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವು ವರದಿಮಾಡಿದೆ.

ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಧ್ವನಿನಾಳದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.32ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ತಲೆ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದವರ ಪೈಕಿ ಶೇ.48ರಷ್ಟು

ರೋಗಿಗಳು ಖಿನ್ನತೆಯ ಕಥಾನಕಗಳನ್ನು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಒಸ್ಲೋನ್ ಮತ್ತು ಶೆಡ್ಡ್ (1978) ಇವರ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ತಲೆ (ಶಿರ) ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ 151 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಡೇವಿಡ್ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾರಿಟ್ (1982) ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ, ತೀವ್ರತರ ಖಿನ್ನತೆಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಂದು ಕಾಲಾವಧಿ ಎಂದು ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಯಿತು. ತಲೆ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಖಿನ್ನತೆಯ ಜೊತೆಗೆ, ಆತಂಕ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸಹ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು.

ಬ್ರೈಥರ್ಟ್ ಮತ್ತು ಹಾಲೆಂಡ್ (1988)[15] ಇವರುಗಳು, ತಲೆ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರಬಹುದು ಎಂದು ಶಂಕಿಸಲಾದ ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದ

ಅರವತ್ತಮೂರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಪ್ರಮಾಣಿತ ಮಾನಸಿಕತೆ ಅಳೆಯುವಿಕೆಯ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಕ (ಕ್ಲಿನಿಕಲ್) ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಈ ರೋಗಿಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಮಾರಕವಾದ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಆರಂಭಿಕ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಎರಡೂ ರೀತಿಯ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಗಮನಾರ್ಹ ಮಟ್ಟದ ಖಿನ್ನತೆ ಮತ್ತು ಆತಂಕದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಆರಂಭಿಕ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಕಾರ್ಸಿನೋಮಗಳು) ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಹ ಒಂದು, ಮತ್ತು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗಸಂಭಾವ್ಯತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೇ, ಈ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಸಂಭಾವ್ಯತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಬಹುತೇಕ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇದೆ (ಎನ್.ಸಿ.ಐ. 1989) ಮೆಲನೋಮ ಎಂಬ ಹೆಸರಿನ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಹಳ ಗಂಭೀರವಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವಾಗಿದೆ. ಬಿಳಿಯ ಚರ್ಮಹೊಂದಿರುವ ಜನರಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣವು ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಶೇ.5ರಿಂದ 6ರಷ್ಟು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಏರುತ್ತಿದೆ (ಜೆನ್ಸೆನ್ ಮತ್ತು ಬೊಲ್ಯಾಂಡರ್: 1980). ಈ ಪ್ರಮಾಣವು ಪ್ರತಿ ಹತ್ತು ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಎರಡುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ ಆಗಬಹುದು (ಗೈಲ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1989). ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ ದೇಶವು ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿಯೇ ಅತಿಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ದೇಶ ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ (ಮಾರ್ಕ್ಸ್ 1987). ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ (ಸ್ಕಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟ್ಸ್ 1985), ಮತ್ತು ಕಳೆದ ಎರಡು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣವು ನಾಲ್ಕುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ (ಸ್ಕೊಫೀಲ್ಡ್, ಕೋಕ್ಸ್ಯಾಲ್ ಮತ್ತು ಸ್ಯಾನ್ಸನ್-ಫಿಶರ್ 1993).

ಗಾಯಗಳು ಪತ್ತೆಯಾದ ತಕ್ಷಣವೇ ಮತ್ತು ಆ ಗಾಯಗಳು ಆಳವಾಗಿ ತೂರಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ಅವುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದರೆ, ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಶೇ.100ರಷ್ಟು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. (ಬ್ರೆಸ್ಲೋ 1970). ಮೆಲನೋಮಾ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಳ್ಳ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಗಾಯಗಳು 0.8 ಎಂ.ಎಂ.ಗೂ ಕಡಿಮೆ ದಪ್ಪವಿರುವಾಗಲೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ಅವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ಮೂಲಕ 10 ವರ್ಷಗಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬದುಕುಳಿಯುವ ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇ.93ರಷ್ಟು ಇರುವುದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. (ಶಾ ಮತ್ತು ಇತರರು 1987). ಈ ಮೆಲಾನೋಮಾ ಚರ್ಮ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ 4 ಎಂ.ಎಂ.ಗಳಷ್ಟು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಪ್ಪವಿರುವ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೂಲಕ ತೆಗೆದುಹಾಕಿದ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಬದುಕುಳಿದವರ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇ.30ರಷ್ಟು ಆಗಿತ್ತು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಹರಡುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಡೆಸಲಾಗಿರುವ ಬಹುತೇಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಪೈಕಿ, ಬಹುತೇಕ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಮೆಲನೋಮ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. (ಆಂಡರ್ಸನ್, ಕೀಕೋಲ್ಟ್-ಗ್ಲಾಸ್ಸರ್, ಮತ್ತು ಗ್ಲಾಸ್ಸರ್ 1994; ಬರ್ಗ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1994; ಬ್ರಿಂಕ್ಲೇ, 1983; ಕ್ಯಾಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1985; ಗಫ್ 1994; ಮ್ಯಾಲೋನ್, ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಮತ್ತು ಲಸ್ಕೊಂಬ್ 1994; ವೋಲೆಸ್‌ಸ್ಕಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1994; ಸಿಲ್ಬರ್‌ಫರ್ಬ್ 1984; ವ್ಯಾಲೆಂಟೆ, ಸೌಂಡರ್ಸ್, ಮತ್ತು ಕೊಹೆನ್ 1994 ಮತ್ತು ಮುಥ್ನಿ, ಕೋಚ್, ಮತ್ತು ಸ್ಟಂಪ್ 1990) ಇವರೆಲ್ಲರೂ ವರದಿ ಮಾಡಿರುವ ಪ್ರಕಾರ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ರೋಗಿಯ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಹಾಗೂ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಒತ್ತಡಗಳನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು. ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಜೀವಕ್ಕೇ ಅಪಾಯ ಒದಗುವುದು, ದೇಹದ ಸಮಗ್ರತೆಗೇ ಒದಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯ, ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು. ಮನೋಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಆತಂಕ, ಖಿನ್ನತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಾತ್ರಪೋಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಗಳು. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಕಳಂಕ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ನೋವು, ಹೇವರಿಕೆ (ಅಸೌಖ್ಯ ತರುವ) ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು. ಇತರೆ ಒತ್ತಡಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಅಪರಾಧೀ ಮನೋಭಾವ, ಅಡೆತಡೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವುದು, ರೋಗದ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಖಚಿತವಾಗದಿರುವುದು. ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಹಲವು ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ, ಭವಿಷ್ಯತ್ತಿನ ಕುರಿತಾದ ಅನಿಶ್ಚಿತತೆ, ಮರಣಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ನಷ್ಟ ಮತ್ತು ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಿಆತಂಕಗಳು, ಅವರ ಜೀವನದ ಮೇಲಿನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಡಿಮೆಗೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕಾರಣ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುವುದು. (ಆಂಡರ್ಸನ್, ಕೀಕೋಲ್ಟ್-ಗ್ಲಾಸ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಗ್ಲಾಸ್ಸರ್ 1994; ಬರ್ಗ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1994; ಬ್ರಿಂಕ್ಲೆ 1983; ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1985; ಗಫ್ 1994; ಮ್ಯಾಲೋನ್ ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಮತ್ತು ಲಸ್ಕೊಂಬ್ 1994; ವೋಲ್ಸೆಚ್‌ಸ್ಕಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1994; ಸಿಲ್ಬರ್‌ಫರ್ಬ್ 1984, ಮತ್ತು ವ್ಯಾಲೆಂಟೆ ಸೌಂಡರ್ಸ್ ಮತ್ತು ಕೊಹೆನ್ 1994).

3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಒತ್ತಡ

ಕ್ಯಾಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1985) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅನುಸರಣಾ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಸಕ್ರಿಯವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಕದಡಿದ ಮನೋಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆ ಪಡೆಯುತ್ತಲ್ಲಿದ್ದ

ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಅತಿಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಸಂಕಟದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರು ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಕುಟುಂಬ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಎದುರಿಸುವ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಹೊಂದಿರುವ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ಆಧಾರವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಅಕೋಸ್ಟಾ ಮತ್ತು ಇತರರು (1983) ಕೈಗೊಂಡ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಆತಂಕದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಒಂದೋ ತಂದೆ, ತಾಯಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಮಗು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗಿರುವ 99 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗದ 99 ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಮೂಲಕ ಕಂಡುಬಂದ ಅಂಶಗಳೇನೆಂದರೆ; ತಾಯಿಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ, ಮೊದಲನೆಯ ಸ್ಥಾನವಾಗಿ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಆತಂಕವು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ತಂದೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾದ ಕುಟುಂಬ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿತ್ತು. ಮಗುವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದ ಸಂಕಟಗಳು ವರದಿಯಾಗಿತ್ತು.

ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಮೇಲೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಭಾವಗಳ ಕುರಿತು ವಿಲ್ಲಿಶ್ಚ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1978) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ತಮ್ಮ ಪತ್ನಿಯರ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದುವವರೆಗಿನ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರು ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದ ಮನೋದೈಹಿಕ (ಸೈಕೋಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್) ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇದೇ ರೀತಿಯ ಮನೋದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆತಂಕಗಳು ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಈಗಾಗಲೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಖಾಯಿಲೆಯು ಉಲ್ಬಣಿಸಿದ ಬಗ್ಗೆ ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಶೇ.27ರಷ್ಟು ಸದಸ್ಯರು ತಮಗೆ ತೀವ್ರತರವಾದ ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ತಲೆನೋವು, ಆಹಾರ ಸೇರದಿರುವಿಕೆಯಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಂಟಾದವು ಎಂದು ವೆಲ್ಚ್ (1981) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.75ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಚಿಂತೆ, ಆಯಾಸ ಮತ್ತು ನಿದ್ರಾಹೀನತೆಯಿಂದ ತಾವು ಬಳಲಿರುವುದಾಗಿ ಲವ್ ಜಾಯ್ (1986) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಅನುಭವಿಸಿದ ಒತ್ತಡದ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಾರ್ತ್‌ಹೌಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ವೇನ್ (1987) ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಅನುಸಾರ, ತಮ್ಮ ಗಂಡಂದಿರ ಆಸ್ಪತ್ರೆವಾಸದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗಿ ಮನೆಗೆ ಮರಳಿದ 30 ದಿನಗಳೊಳಗೆ ರೋಗಿಯ ಪತ್ನಿಯರು ಅನುಭವಿಸಿದ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಕುಟುಂಬದ

ನೂರಾರು ಜನರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶವು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನವರ್ಗದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ಮತ್ತು ಗಂಡ, ಇಬ್ಬರ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟಗಳು ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿತ್ತು.

ಮೂಡ್ ಕ್ಯಾಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1985), ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಮನೋಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಿ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿದ್ದವಲ್ಲದೆ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಮ್ಯತೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದವು. ಬೈಡರ್ ಮತ್ತು ಕಪ್ಲಾನ್ ಡಿ–ನೂರ್ (1984) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರೂ ಸಹ ಅದೇ ಪ್ರಮಾಣದ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡದ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರ ಒತ್ತಡಗಳ ಮಟ್ಟವು ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದಿತು.

ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಜೇಮ್ಸ್ (1985)[16] ಕೈಗೊಂಡ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಒತ್ತಡವು ಮೊದಲಿಗೆ ವರ್ಧಿಸಿತು ಹಾಗೂ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಕಾಲಾವಧಿಯುದ್ದಕ್ಕೂ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಾ ಸಾಗಿದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದುವ ಮುಂಚಿನ ತತ್ಷಣದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಂಗಾತಿಗಳಲ್ಲಿ ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಒತ್ತಡಗಳ ಮಟ್ಟವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯು ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದಾಗ ಅದು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ, ಮನೆಗೆ ಮರಳಿದ 60 ದಿನಗಳ ಕಾಲಾವಧಿಯ ನಂತರ ಮತ್ತೆ ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಯಿತು.

6 ರಿಂದ 18 ವರ್ಷಗಳ ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆ–ಪೋಷಣೆಯೇ ಕುಟುಂಬ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರಬಿಂದುವಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಪೋಷಕರಿಗೆ, ಮಕ್ಕಳ ಶಾಲೆಯ ಒತ್ತಡಗಳು ಸಹ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಕುಟುಂಬವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ, ಅವರ ಹದಿಹರೆಯದ ಮಕ್ಕಳ ಪೋಷಣೆಯು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಮಸ್ಯಾತ್ಮಕವಾಗುತ್ತದೆ (ಕೂಪರ್ 1984). ಈ ಎಲ್ಲ ಒತ್ತಡ ಆತಂಕಗಳ ಸಹಿತ ಪೋಷಕರು ಒಬ್ಬಂಟಿಯಾಗಿದ್ದರಂತೂ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ಆತಂಕಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಂಬಲದ ಅಗತ್ಯ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವಾಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಪತ್ತೆಗೂ ಮುಂಚಿನ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳು ವುದು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ಪ್ರಮುಖಾಂಶವಾಗಿದೆ. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕಳವಳಗಳು ಅನೇಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ತೀವ್ರತರವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ವಿವಾಹವಾಗಿ 19 ರಿಂದ 25 ವರ್ಷಗಳಾಗಿರುವ ದಂಪತಿಗಳು ತಮ್ಮ ವೈವಾಹಿಕ ಬಿರುಕನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ವೈವಾಹಿಕಬಂಧವನ್ನು ಪುನರ್‌ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದೇ ತಮ್ಮಿಬ್ಬರದೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ

ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ದಾಂಪತ್ಯದ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದಾಗಿ, ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪಾತ್ರಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನೂ ಸಹ ಉಂಟುಮಾಡಿರುತ್ತವೆ. ದಂಪತಿಗಳು ಎರಡು ರೀತಿಯ ನಷ್ಟಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹೋರಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದು, ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು. ಎರಡನೆಯದು, ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು (ಪತಿ/ಪತ್ನಿ), ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಒಂದೆಡೆಯಿಂದ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆಗೆ ಭೌಗೋಳಿಕವಾದ ಓಡಾಟ – ಇವುಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ (ಲೆವಿಸ್ 1983).

78 ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ಲಿಚ್‌ಮನ್(1982) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವೊಂದರ ಫಲಿತಾಂಶವೇನೆಂದರೆ, ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾದ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ ಕೇವಲ ಶೇ.7ರಷ್ಟು ಮದುವೆಗಳು ಮಾತ್ರವೇ ಮುರಿದುಬಿದ್ದಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವ ಮುನ್ನ ತೃಪ್ತಿದಾಯಕವಾಗಿದ್ದ ತಮ್ಮ ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರವೂ ಸಹ ತೃಪ್ತಿದಾಯಕವಾಗಿಯೇ ಮುಂದುವರೆದಿರುವ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಅನೇಕ ದಂಪತಿಗಳು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ಲೈಬರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1976)[17] ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾದ ಒತ್ತಡವು ವಿವಾಹಿತ ಜೋಡಿಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಬೇರ್ಪಡುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬಿರುಕನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಚೆಕ್ರಿನ್(1984) ಎಂಬುವವರಿಗೆ ಕಂಡುಬಂದ ಅಂಶಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಪದೇಪದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪುನರಾವರ್ತನೆ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯಿಂದ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ದೂರವಾಗುವುದು–ಇವುಗಳು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವು ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಕಾರಣಗಳು ಎಂಬ ಅಂಶವು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನವೊಂದರಲ್ಲಿ, ದಂಪತಿಗಳ ಲೈಂಗಿಕ ವರ್ತನೆಗಳ ಮೇಲೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಭಾವವೇನು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಸಂಶೋಧಕರ ಕಾಳಜಿಯಾಗಿತ್ತು. ಮ್ಯಾಗೈರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1980) ನಡೆಸಿದ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ತಮ್ಮ ಪತ್ನಿಯರ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ತೀವ್ರತರವಾದ ಲೈಂಗಿಕ ಅನಾನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ್ದಾಗಿ ಶೇ.29ರಷ್ಟು ಗಂಡಂದಿರು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಲಿಚ್‌ಮನ್‌ರವರ (1982) ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ತಮ್ಮ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಭೋಗದ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ಶೇ.25ರಷ್ಟು ಗಂಡಂದಿರು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ, ತಮ್ಮ ಪ್ರೀತಿಯ ವರ್ತನೆಗಳ ತೀವ್ರತೆಯೂ ಸಹ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಶೇ.14ರಷ್ಟು ಗಂಡಂದಿರು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಅಗತ್ಯತೆಗಳ ಅಥವಾ ಪ್ರೀತಿಯ ವರ್ತನೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಕುರಿತು ಲೈಬರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1976) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ

ಪತಿ/ಪತ್ನಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅವರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾದ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಲೈಂಗಿಕತೆಯಿಲ್ಲದ ದೈಹಿಕ ಸಾಮಿಪ್ಯವನ್ನು ತಾವು ಬಯಸಿದ್ದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ದಂಪತಿಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾದ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಭೋಗಾಸಕ್ತಿಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದಾಗಿ ಕೇವಲ ಶೇ.6ರಷ್ಟು ದಂಪತಿಗಳು ವರದಿಮಾಡಿದರೆ, ಶೇ.37.5ರಷ್ಟು ದಂಪತಿಗಳು ಸಂಭೋಗಾಸಕ್ತಿಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದಾಗಿ ವರದಿ ಮಾಡಿದರು.

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾಗಿ ತಮಗೆ ಸಂವಹನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಂಟಾಗಿದ್ದವು ಎಂಬುದನ್ನು ದಂಪತಿಗಳು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಜ್ಯಾಮಿಸನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1978) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುನ್ನ ಅವರ ಸಂಗಾತಿಗಳ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಕಾಳಜಿ ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಸಂವಾದ(ಚರ್ಚೆ) ಮಾಡಿರುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಸಂವಾದ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಶೇ.89ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವರದಿಮಾಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ; ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಸಂವಾದ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಶೇ.87ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ; ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮನೆಗೆ ಮರಳಿದಾಗ ಮುಂದುವರೆದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಂವಾದ ನಡೆಸಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಜನರು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಚೆಕ್ರಿನ್ (1984) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸಿದ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ದಂಪತಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾಗಿ ವಿರಳವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ ಅಥವಾ ಸೀಮಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಚರ್ಚೆ ನಡೆದಿತ್ತು ಎಂಬ ಅಂಶವು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆ.

ತಮ್ಮ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು ಉಂಟಾದ ಕುರಿತು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು, ವೆಸ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1985) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಹೋರಾಡುತ್ತಿದ್ದ 54 ಕುಟುಂಬಗಳು ಭಾಗಿಯಾಗಿದ್ದವು.

ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗ ಪತ್ತೆಯಾದವರ ಸಂಗಾತಿಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಜೇಮ್ಸ್ (1985) ನಡೆಸಿದ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಶೇ.50ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ತೊಡಕುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಬಹುತೇಕ ಸಂಗಾತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿನ ಮತ್ತು ಮನೆಗೆಲಸಗಳಲ್ಲಿನ, ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರುಗಳಾದ ಕುರಿತು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಶಿಶುಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಬಂದಿತು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮೊಟಕುಗೊಂಡವು ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಒಂದು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದರೆ ಅದು ಇಡೀ ಕುಟುಂಬದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಗತ್ಯಗಳ ಪೂರೈಕೆಗೆ ಬೇಡಿಕೆ ಇಡುವ ಮೂಲಕ ತನ್ನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು

ಬೀರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬಗಳು ಪರಿಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಗತ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಗಿಸಿದ ಬಗೆಗಳ ಕುರಿತು ಹಿಂಡ್ಸ್ (1985)[18] ಎಂಬುವವರು ಅಧ್ಯಯನ ವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು.

ವೆಸ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1988) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಗಾತಿಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಒಟ್ಟು 54 ಜನರ ಧ್ವನಿಮುದ್ರಿತ ಸಂದರ್ಶನ (ಟೇಪ್ ರೆಕಾರ್ಡರ್ ಇಂಟರ್‌ವ್ಯೂ) ನಡೆಸಿದರು. ಈ ಸಂದರ್ಶನದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಮೂಲಕ ಕುಟುಂಬದ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆ ಕುರಿತು ಸಂದರ್ಶಿತರ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ–ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇದ್ದ ಪರಸ್ಪರ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ರೋಗಿಯ ಸಂತೃಪ್ತಿ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನವೊಂದರಲ್ಲಿ (ಅಲಿ ಖಲೀಲ್ 1989 ಮತ್ತು ಗಂಜ್ 1995) ರೋಗಿಗಳು ತಾವು ಪಡೆದ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲಗಳ ಪ್ರಮಾಣದ ಕುರಿತಾಗಿ ಅತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲಗಳ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆತಿವೆ. ಕ್ರೈಸ್ಟ್ (1987) ಎಂಬುವವರು, ಮನೆಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ಎಡತಾಕುತ್ತಿದ್ದ 358 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಒಂದು ವಿಭಿನ್ನ ಗುಂಪಿನ ಮಾದರಿಯೊಂದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಮತ್ತು, 10 ಜನರ ಪೈಕಿ 8 ಜನರು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ತಮ್ಮ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಹೌಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1984) ಹಾಗೂ ಸ್ಟಗ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1993) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನಗಳೂ ಸಹ ಈ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸಿವೆ.

ಆರು ತಿಂಗಳು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಲದ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳ ಒಂದು ರೇಖಾಂಶೀಯ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕ್ಲೈನ್ ಡೀನ್ ಮತ್ತು ಬಾಗ್ಡೊನಾಫ್ (1967) ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ, ದಾಂಪತ್ಯದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರರ ಆತಂಕ–ಒತ್ತಡಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಿಳಿಸುವಾಗ ರೋಗಿಗಿದ್ದಷ್ಟೇ ಪ್ರಮಾಣ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ದೈಹಿಕ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ತಮಗೆ ಇದ್ದ ಕುರಿತು ಸ್ತ್ರೀರೋಗಿಯ ಗಂಡಂದಿರು ಮಾಹಿತಿ ಹೊರಗೆಡವಿದ್ದಾರೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಶೇ.67ರಷ್ಟು ಪುರುಷರು, ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳಾಗಿರುವ–ಮನೋದೈಹಿಕ ಯಾತನೆ, ಆಯಾಸ ಮತ್ತು ಹೆದರಿಕೆ–ಇವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು ಎಂದು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವೈಫಲ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾದ –ಪರಸ್ಪರರೊಳಗಿನ ಆತಂಕ, ಒತ್ತಡಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆ – ಇವುಗಳು ಶೇ.56ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಪರಸ್ಪರರೊಳಗಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಒತ್ತಡವು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಕಟವನ್ನು ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಯ ಯಾತನಾಮಯ

ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಿದಂತೆಲ್ಲಾ, ಅಷ್ಟೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ಸಂಗಾತಿಯ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಹೆಚ್ಚಿನ ಏರಿಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಈ ಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸುವ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಗ್ರಾಂಡ್‌ಸ್ಟಫ್‌ರವರ(1976) ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ದೊರೆತಿದೆ. ಸ್ತನವನ್ನು ತೆಗೆಸಿಕೊಂಡಿರುವ 70 ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡಂದಿ ರನ್ನು ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಮೂಲಕ ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಅವರು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ದಂಪತಿಗಳ ಪರಸ್ಪರರ ಹೊಂದಾಣಿಯಕೆ ಮೇಲೆ ರೋಗವು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಅವರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯೂ ಸಹ ಬದಲಾಯಿತು : ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಭಯ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿತ್ತು; ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ದೇಹ ವಿರೂಪಗೊಳ್ಳುವ ಸಂಭವವಿರುವುದು ಆತಂಕ ತರುವ ವಿಷಯವಾಗಿತ್ತು; ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನಂತರ, ದೈಹಿಕ ಅನ್ಯೋನ್ಯತೆಯೇ ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿತ್ತು.

ವೆಲ್ಲಿಶ್ಚ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1978) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಗಂಡನ ಮೇಲೆ ಬೀರಿದ ಪ್ರಭಾವಗಳು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆ. 31 ಪುರುಷರ ಸಂದರ್ಶನ ನಡೆಸಲಾಗಿದ್ದು, ಇವರೆಲ್ಲರೂ ಹೆಂಡತಿ ಅಥವಾ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಸ್ತನಕಳೆದುಕೊಂಡವರ ಸ್ವಸಹಾಯ ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದರು.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡಂದಿರ ನಡುವಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಅಂಶ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮ್ಯಾಗೈರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1980) ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡವರ 52 ಜನ ಗಂಡಂದಿರು ಮತ್ತು ಆರಂಭಿಕ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗಿರುವವರ 40 ಜನ ಗಂಡಂದಿರನ್ನು ಪರಸ್ಪರ ಹೋಲಿಸಿ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ತಮ್ಮ ಹೆಂಡತಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಮುನ್ನ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 3 ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 12 ತಿಂಗಳ ನಂತರ, ಹೀಗೆ, ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡವರ ಗಂಡಂದಿರಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡ, ಆತಂಕಗಳು ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಬೈಡರ್ ಮತ್ತು ಕಪ್ಲಾನ್ ಡಿ–ನೂರ್ (1984) ಒತ್ತಡಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡವರ ಗಂಡಂದಿರಲ್ಲಿಯೇ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದನ್ನು ಅವರು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಲೆವಿಸ್, ಹ್ಯಾಮಂಡ್ ಮತ್ತು ವುಡ್ಸ್ (1993) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ ಕುರಿತು ಒಂದು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಮಾದರಿಯು ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದೆ. ಕುಟುಂಬದ

ಮೇಲೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪತಿಯ ಮೇಲೆ, ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಇವೆರಡನ್ನೂ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಈ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗಿದೆ.

ಕುಟುಂಬವೊಂದರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಒಬ್ಬ ಸದಸ್ಯನು ಇದ್ದಾನೆ ಎಂದಾದರೆ, ಅಂತಹ ಯಾವುದೇ ಕುಟುಂಬವು ಅಂತಹ ಸದಸ್ಯನೊಡನೆ ವ್ಯವಹರಿಸಬೇಕಾದಾಗ, ತೀವ್ರವಾದ, ಅಸಾಮಾನ್ಯ ವಾದ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಒತ್ತಡಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ (ರಾಯಿಟ್ ಮತ್ತು ಲೆಡರ್ಬರ್ಗ್ 1990). ಮೆದುಳು ಗೆಡ್ಡೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಯ ರೋಗ ನಿರ್ಧರಣೆಯ ಅನನ್ಯ ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೂಡಿಕೊಂಡು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಒತ್ತಡವು ಬಹುಪಟ್ಟು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮೆದುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅತಿಕಡಿಮೆ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ಮಿದುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುದು ಅತಿಜಟಿಲವಾದುದು ಮತ್ತು ಊಹಿಸಲಸಾಧ್ಯವಾದ ತಿರುವುಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲದು. ಕಾಯಿಲೆಯು ಮುಂದುವರೆದಂತೆ, ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಆಳವಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವರ್ತನೆಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ; ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ, ಸಂವಹನವು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ, ಆಗಾಗ ಪ್ರತಿಭಟಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಉನ್ಮತ್ತ ಮನುಷ್ಯನಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಗೊಂಡು, ಮೊದಲಿದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಕಣ್ಮರೆಯಾಗುತ್ತಾನೆ. ಬಹುತೇಕ ರೋಗಿಗಳು ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ದಿನದ ಇಪ್ಪತ್ತನಾಲ್ಕೂ ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾ ಗಮನವಿರಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬರಬಹುದು.

ಎಲ್ಲಾ ಮಾನವ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ನಿರ್ಬಂಧಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ, ಹಾಗೆಯೇ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿಯೂ ಇಂತಹ ಆರ್ಥಿಕ ನಿರ್ಬಂಧಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮೊದಲಿಗೆ ಗುರುತಿಸಿ ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಅಂಶವೇ ಈಗ ಒಂದು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಅಂಶವಾಗಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ (ಕನ್ನಿಂಗ್ಹ್ಯಾಮ್, 1988; ಮತ್ತು ಗ್ರೀರ್, ಮೂರೇ ಹಾಗೂ ಬರೂಚ್ 1991) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಡೆದಿರುವ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಇರುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಅವು ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ (ಸ್ಪಾಕರ್, ಜಾನ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಸೈಮಾ 1989; ಮತ್ತು ವೆಚ್‌ಮೆಲ್‌ಕ್ಯಾಫೆರಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1989).

ರೋಗವು ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ಭಯ ಹೊಂದಿದ್ದ ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಕ ರೋಗಿಗಳ ನೈಜ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಲು ಸೆಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಟ್ರೋಸ್ (1987) ಇವರು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬದುಕುಳಿದವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕರು ತಮಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದೆಂಬ ಭಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರಾದರೂ, ಸಾವಿನ ಕುರಿತಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾದ ಆತಂಕದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ರೋಗಮರುಕಳಿಕೆಯ ಭಯದ ಮಟ್ಟವು ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪೈಕಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಜನವರ್ಗದ ವಯೋಮಾನವು ಹೆಚ್ಚಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಇದರ ಸಂಭವಿಸುವಿಕೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಏರುತ್ತಲೇ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತದೆ (ವಿಂಗೋ, ಟಾಂಗ್, ಮತ್ತು ಬೋಲ್ಡನ್ 1995) ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಪುರುಷರು ಮುಂದೆ ದೀರ್ಘಕಾಲಾವಧಿ ಜೀವಿಸಿದರೂ, ರೋಗಿಯ ಪುನರ್ವಸತಿ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಜೀವಿಸಬೇಕಾದ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಥಿಶಾಸ್ತ್ರ (ಆಂಕಾಲಜಿ) ವೃತ್ತಿಪರರಲ್ಲಿ ತತ್ಸಂಬಂಧಿತ ಬದಲಾವಣೆಯು ಮುಂಚೂಣಿಗೆ ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ.

ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದೆ ಪದೇಪದೇ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ರೂಪವಿನಾಶ ಗೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಂಗೀಕಾರವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಸಾಗುತ್ತದೆ (ಕ್ಯಾಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1989; ಮತ್ತು ಶಾರ್ಪ್, ಬ್ಲಮ್, ಮತ್ತು ಅವಿವ್ 1993). ಇದರ ಜೊತೆಗೆ, ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಬುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂಳೆಯ ನೋವನ್ನು ದುರ್ಬಲ ಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದರೂ, ರೋಗಪತ್ತೆ ಮತ್ತು ಆರಂಭಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳತ್ತಲೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗಮನವು ಹರಿದಿರುವ ಕಾರಣ, ಈ ರೀತಿಯ ರೋಗಿಗಳ ಗುಂಪಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಬಹುತೇಕ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಮಾರಕವಾದ ಗ್ಲಿಯೋಮಾಗಳಿರುವುದು ಅತ್ಯಂತ ಗಂಭೀರವಾದ ಖಾಯಿಲೆಯಾಗಿದೆ. ರೋಗಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಅತ್ಯಂತ ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮತ್ತು, ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಕಾರಣ ರೋಗಿಗೆ ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಕುಟುಂಬಕ್ಕೂ ಒಂದು ಬಹಿರಂಗವಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಅತಿಹೆಚ್ಚು ಮಾರಕವಾದ ಗ್ಲಿಯೊಮಾಗಳು ಅತ್ಯಂತ ದುರ್ಬಲ ರೋಗಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ತಳಕುಹಾಕಿಕೊಂಡಿವೆ (ಸ್ಯಾಲ್ಕ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1994). ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳು ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಲ ಬದುಕುಳಿಯುತ್ತಾರೆ. ಓಡಾಟ, ಗ್ರಹಿಕೆ, ಸಂವೇದನೆ, ಮತ್ತು ಭಾವನೆಗಳು ಇವುಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಮೆದುಳಿನ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಈ ರೋಗವು ಆಕ್ರಮಣ ನಡೆಸುವ ಕಾರಣ, ಆಗಾಗ್ಗೆ, ದೈಹಿಕವಾದ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕವಾದ ಮತ್ತು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಎರಡೂ ರೀತಿಯ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವು ಕೇವಲ ರೋಗಿಯ ಮೇಲಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಆಕೆಯ/ಆತನ ಸಂಗಾತಿಯ (ಪತಿ/ಪತ್ನಿ) ಮೇಲೆ ಮತ್ತು

ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆಯೂ ಸಹ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ಅಮಾಟೊ 1991; ಫಾಲೋಫೀಲ್ಡ್ 1996; ಮತ್ತು ಗೋಲ್ಡ್‌ಬರ್ಗ್ ಮತ್ತು ಟುಲ್ 1983).

ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಧಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪೈಕಿ ನಾಸಿಕನಾಳದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ನಾಸೋಫ್ಯಾರಿಂಜಿಯಲ್ ಕಾರ್ಸಿನೋಮ) ಕೂಡ ಒಂದು ವಿಧವಾಗಿದೆ.

ನಾಸಿಕನಾಳದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮ ಎಂಬ ಹೆಸರಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದ 125 ಜನ ರೋಗಿಗಳ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಜಾಯ್ಸ್ (1996) ಎಂಬುವವರು ಕೈಗೊಂಡರು. ತಾವು ಬಯಸಿದ್ದ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲವು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾಲಾವಧಿಯುದ್ದಕ್ಕೂ ಸಹ ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಂದ ದೊರೆಯಿತು ಎಂದು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಬೇಡಿಕೆಯು (ಬಯಕೆ) ರೋಗನಿರ್ಣಯದ (ಪತ್ತೆ) ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ಬಲಯುತವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ, ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸಾ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಬೇಡಿಕೆಯು (ಬಯಕೆ) ಸಾಕಷ್ಟು ಬಲಯುತವಾಗಿತ್ತು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಾಂಶವು ಹೊರಗೆಡವಿದೆ. ಬೆಂಬಲದ ಮೂರು ಮೂಲಗಳ ಪೈಕಿ, ರೋಗಿಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಂದ ಪದೇ ಪದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲವು ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಮೂರು ಮೂಲಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದ ನಾಲ್ಕು ರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಎಲ್ಲ ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಪಡೆದ ರೋಗಿಗಳು, ಸಾಕಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸಂತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು, ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಗಂಥಿರೋಗಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಮತ್ತಿತರ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಲೇಬೇಕು. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾಲಾವಧಿಯುದ್ದಕ್ಕೂ ರೋಗಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ನೀಡಿ ಅವರು ಸಹಕರಿಸಬೇಕು.

4. ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧರ್ಮ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜ್ಞಾನ, ಮನೋಧರ್ಮ, ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಪಾಸಣೆಯ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಸ್ತನರೇಖಾಪರೀಕ್ಷೆ (ಮ್ಯಾಮೊಗ್ರಫಿ) ಇವುಗಳ ಕುರಿತು ಸುರ್ಭೋನ್ ಸ್ಲೆಂಕರ್ (1989) ಎಂಬುವವರು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದರು. ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾದ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು 40 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯೋಮಾನದ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ತನರೇಖಾಪರೀಕ್ಷೆಯ ಹಿಂದಿನ ಅನುಭವಗಳ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಇವುಗಳ ಕುರಿತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ

ಪರಿಶೋಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸ್ತನರೇಖಾಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅನುಕೂಲತೆಗಳ ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದ್ದವು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ರೋಗಪ್ರಗತಿಯ ಹಂತದಲ್ಲಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಲಿತಾಂಶದ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಹಲವು ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಭವಿಷ್ಯದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿನ ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ನಿತ್ಯಜೀವನವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾದ ಚಿಂತೆಗಳು ಈ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ದುರ್ಭರಗೊಳಿಸಿದವು.

ಎರ್ಘುಟ್‌ಡಿನ್ ಎಂ.ಇಬ್ರಾಹಿಮ್(1991) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಅರ್ಬುದಗಂಥಿಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರ ತಂಡವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮರುಗಿದ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಪೀಟರ್(1991) ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು, ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ 500 ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ ಅವರಲ್ಲಿ ಇರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಸ್ವಯಂ–ಅನುಮಾನ, ಜ್ಞಾನ, ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಮನೋಧರ್ಮ ಇವುಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವುದರಲ್ಲಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಹಂತದ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರ ಪೈಕಿ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಹಿಳೆಯರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ, ಒಂದೋ ತಪ್ಪುತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದರು ಅಥವಾ ಖಚಿತವಾದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಪಡೆದಿರಲಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅನಿಶ್ಚಿತವಾದ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಅವರು ಬಂದರು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಂತಹ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳೆಂದರೆ, ರೋಗ ನಿದಾನಶಾಸ್ತ್ರ, ಅಪಾಯ ಸಂಭವನೀಯತೆಯ ಅಂಶಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಸ್ತುತಿ, ರೋಗಪತ್ತೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು, ನಿವಾಸಿ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಅರ್ಬುದ ರೋಗತಜ್ಞರಲ್ಲದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಶಿಕ್ಷಕರು–ಇವರೆಲ್ಲರಲ್ಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಮನೋಧರ್ಮವು ಹೇಗೆ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಲು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿದವರು ರ್‍ಯಾಂಡೇ ಮತ್ತು ಇತರರು (1982). ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಮನೋಧರ್ಮದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು 372 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರು.

ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಮನೋಧರ್ಮವನ್ನು ಹೋಲಿಸಿನೋಡಲು ಲೆಬೊರಿಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1984) ಒಂದು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದರು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅರ್ಬುದರೋಗಶಾಸ್ತ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಮುನ್ನ ಮತ್ತು ಭಾಗವಹಿಸಿದ ನಂತರ ಆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಮನೋಧರ್ಮವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿ, ಇಂತಹ ಯಾವುದೇ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಮನೋಧರ್ಮದೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಲಾಯಿತು.

ಇ.ಎಂ.ಇಬ್ರಾಹಿಂ ಮತ್ತು ಇತರರು (1989),[19] ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸ ಹೊಂದಿಲ್ಲದ, 18ರಿಂದ 60ರವರೆಗಿನ ವಯೋಮಾನದ 500 ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದರು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅವರ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ಕರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನುವ ಪ್ಲೊಯೆಡ್ಸಾಕ್(1990) ಕೆಲವು ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಜನವರ್ಗದಲ್ಲಿ 40ರಿಂದ 70ರವರೆಗಿನ ವಯೋಮಾನದ 893 ನಿವಾಸಿಗಳಿದ್ದರು. ಬಹುತೇಕರನ್ನು ದೂರವಾಣಿಯ ಮೂಲಕ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. "ಅಲ್ಸರೇಟಿವ್ ಕೊಲೈಟಿಸ್", "ಗಂಟುಗಳು (ಪಾಲಿಪ್ಸ್)" ಇಂತಹ ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಪಾಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸವಿದ್ದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭವಿಸಲು ಆಹಾರಪದ್ಧತಿಯ ಪರಿಜ್ಞಾನದ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು.

ಸ್ವಯಂಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ (ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಸೆಲ್ಫ್ ಎಕ್ಸಾಮಿನೇಷನ್-ಬಿಎಸ್ಇ) ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ರೋಗವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು (ಪ್ರಿವೆಂಟಿವ್ ಹೆಲ್ತ್ ಬಿಹೇವಿಯರ್) ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು ಎಂದು ಕೋಲ್‌ಮನ್ (1991) ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.19ರಿಂದ ಶೇ.40 ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಬಾರಿ ಸ್ವಯಂಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಭ್ಯಾಸವಿತ್ತು ಮತ್ತು ಹಾಗೆ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸ್ವಯಂಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರು ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಬಲವಾದ ಪುರಾವೆಗಳು ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಆಕೆ ನಿರೂಪಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಪತ್ತೆಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಬಾಯಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಎಂದು ನಂಬಲಾಗಿರುವ, ಮೂರು ವಿಧಧ ಚಿಕಿತ್ಸಕ (ಕ್ಲಿನಿಷಿಯನ್) ಜ್ಞಾನವು ಸಾಮಾನ್ಯ ದಂತವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಇರುವುದರ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಳತೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯೊಂದನ್ನು ಸ್ಯಾಡೋವ್‌ಸ್ಕೈ ಮತ್ತು ಇತರರು (1992) ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದರು. ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಜ್ಞಾನವು ಬಾಯಿಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣವನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವಲ್ಲಿನ ಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿದೆ ಎಂದು ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಲಾಯಿತಾದರೂ, ಅಂತಹ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಧೃಢಪಡಿಸಲಾಗದು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಪ್ರಕರಣ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವ ಕ್ರಮಗಳು ದೃಢಪಟ್ಟ ಬಾಯಿಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೂರ್ವ ರೋಗಪತ್ತೆ ವಿಧಾನಗಳ ಪರಿಜ್ಞಾನದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಹೊಂದಿದೆ.

ಸ್ಯಾನ್ ಫ್ರಾನ್ಸಿಸ್ಕೋದಲ್ಲಿನ ವಿಯೆಟ್ನಾಂನ 400 ವಯಸ್ಕ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ (ರ್‍ಯಾಂಡಂ ಆಗಿ) ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು, 57 ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಒಂದು ಬರಹರೂಪದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿಕೊಂಡು, ಜ್ಯಾಂಟಲ್ ಮತ್ತು ಇತರರು ಅಂಚೆಯ ಮೂಲಕ ಒಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಒಟ್ಟಾರೆ, 107 ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ಪಂದಿಸಿದರು (ಶೇ.31ರಷ್ಟು). ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದವರ ಪೈಕಿ, 54 ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.52ರಷ್ಟು), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು

ಅತ್ಯಲ್ಪವಾಗಿತ್ತು ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.39ರಷ್ಟು), ಶುಚಿತ್ವ–ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿನ ಕೊರತೆಯೇ ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದರು. ಸುಮಾರು ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.29ರಷ್ಟು) ಈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕರೋಗ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದ್ದರು. ವಾಸ್ತವವಾಗಿ, ಎಲ್ಲರೂ (975 ಮಹಿಳೆಯರು) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾಗಿ ಕೇಳಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರೂ, ಮೂರನೇ ಒಂದರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ (ಶೇ.37) ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಗೆಡ್ಡೆಯು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗಲಕ್ಷಣವಾಗಿರಬಹುದು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ, ಸಾಮಾನ್ಯವಲ್ಲದ ಯೋನಿಸ್ರಾವವು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲಕ್ಷಣ ಎಂದು ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ (ಶೇ.39). ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸವು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ (ರಿಸ್ಕ್) ಅಂಶ ಎಂಬುದು ಬಹುತೇಕರಿಗೆ (ಶೇ.55) ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ. ಹಲವು ಸಂಗಾತಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧವು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಲ್ಲ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶ ಎಂದು ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು (ಶೇ.74) ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಿಳಿದಿರಲಿಲ್ಲ. ಹದಿನಾಲ್ಕು ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.13) ಸ್ವಯಂಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕೇಳಿಯೇ ಇರಲಿಲ್ಲ. 40 ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಾನದ 31 ಮಹಿಳೆಯರ ಪೈಕಿ, 10 ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.34) ಸ್ತನರೇಖಾಪರೀಕ್ಷೆ (ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಾಂ) ಮಾಡಿಸಿರಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು 18–50 ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಾನದ 92 ಮಹಿಳೆಯರು (ಶೇ.54) ಎಂದಿಗೂ ಪ್ಯಾಪ್ (ಪ್ಯಾಪನಿಕೊಲಾವೋ) ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯ ರೋಗಚಿಹ್ನೆಗಳು, ಲಕ್ಷಣ ಗಳು, ಮತ್ತು ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ತಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ತಪಾಸಣಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬಹುತೇಕ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡೇ ಇರಲಿಲ್ಲ. ವಿಯಟ್ನಾಂನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಕೆಳವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ, ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ವಲಸೆ ಬಂದ ವಿಯಟ್ನಾಂನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮತ್ತು ಜಾಗೃತಿ ಹಾಗೂ ತಪಾಸಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒತ್ತಿಹೇಳಿತು.

ಕಾರ್ಮಿಕರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಪ್ರಯುಕ್ತ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ (ದಿ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್) ಪ್ರಯೋಗಾರ್ಥ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಸುಸಾನ್ ಕಿನ್ನೆ ಮತ್ತು ಇತರರು (1991) ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದರು. ಇದು, ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲಾವಧಿಯ, ಸಮಗ್ರವಾದ, ಕ್ಷೇತ್ರ–ಕಾರ್ಯಾಧಾರಿತ, ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿತ್ತು. ತಳಮೂಲಾಧಾರಿತ (ಬೇಸ್‌ಲೈನ್) ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮೂಲಕ 19,582 ಜನರಿಂದ ಪಡೆದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ–ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳನ್ನು (ಡೇಟಾ) ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಯಿತು. ಇಂತಹ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳ ಮೂಲಕ– ಧೂಮಪಾನ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಕುರಿತ ವಿವಿಧ ವಯೋಮಾನದ ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳು,

ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವರ್ಧನೆಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಕುರಿತ ಅವರ ಮನೋಧರ್ಮ– ಇವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು. 50ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಮಿಕರು ಧನಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.

279 ಮಂದಿ ಹತ್ತನೇ ತರಗತಿಯ ಹುಡುಗಿಯರನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡು, ಸ್ಟೀವನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1996), ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಅದರ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿಂತೆ ಅವರ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು, ಮನೋಧರ್ಮ ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನ ಇವುಗಳನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಒಂದು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಬಳಸಿದರು. ಶೇಕಡಾ ಎಂಭತ್ತನಾಲ್ಕು ಹುಡುಗಿಯರು ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಕೇಳಿತಿಳಿದಿದ್ದರು, ಮತ್ತು ಶೇ.83ರಷ್ಟು ಹುಡುಗಿಯರು ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಕುರಿತು ತಿಳಿದಿದ್ದರು. ಶೇ.65ರಷ್ಟು ಹುಡುಗಿಯರು ಬಹುಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಂಗಾತಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಸಿಗರೇಟ್ ಸೇವನೆ –ಇವುಗಳು ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳು ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿದರು. ಶೇಕಡ ನಲವತ್ತೆಂಟು ಹುಡುಗಿಯರು ತಾವು ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಈ ಗುಂಪನ್ನು ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿಲ್ಲದ ಗುಂಪಿನೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿ ನೋಡಲಾಯಿತು. ಅದರ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ; 1. ಯೋನಿಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನೂ ಸಹ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಪ್ಯಾಪ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿ ಗುರುತಿಸುವುದು. 2. ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು; ಮತ್ತು 3. ಇತರರು ಸೇವಿಸಿಬಿಟ್ಟ ತಂಬಾಕು ಹೊಗೆಗೆ ಈಡಾಗುವುದು. ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿದ್ದವರು ಪ್ಯಾಪ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಇದ್ದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಡ್ಡಿಆತಂಕಗಳಲ್ಲಿ, ತಮಗೆ 'ಮುಜುಗರ' ಎಂದು ಹೇಳಿರುವವರು ಶೇ.64ರಷ್ಟು ಹುಡುಗಿಯರು, ನೋವು/ಅಸೌಖ್ಯ ಎಂದವರು ಶೇ.57ರಷ್ಟು ಹುಡುಗಿಯರು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಭಯ(ಶೇ.27), ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಪೋಷಕರ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯ(ಶೇ.25) ಮತ್ತು ವೆಚ್ಚದಾಯಕ(ಶೇ.13). ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ, ಹದಿಹರೆಯದ ಹುಡುಗಿಯರಿಗಾಗಿಯೇ ಇರುವ ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡುವಂತೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂಶೋಧಕರು ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. 1. ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಬೇಕು. 2. ಮುಜುಗರ, ನೋವು ಮತ್ತು ಅಸೌಖ್ಯ ಇವುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಅನುವಾಗುವಂತೆ ಪೆಲ್ವಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾಪ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಸಹಿತ ವಿವರಿಸಬೇಕು.

ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಸುಧಾರಿಸಲು, ಚರ್ಮವನ್ನು ಬಿಸಿಲಿಗೆ ಒಡ್ಡುವುದರ ಕುರಿತಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಮನೋಧರ್ಮಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇರುವ ತೊಡಕುಗಳ ನಿವಾರಣೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಯೋಜನೆಗಳು(ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು– ಇಂಟರ್ವೆನ್ಷನ್ಸ್) ಗಮನ ನೀಡಬೇಕು ಎಂದು ಬಾರ್ ಬಾರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1996) ನಡೆಸಿದ

ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಎರಡೂ ರೀತಿಯ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ತಾವು ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ರೋಗಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗೋತ್ಪತ್ತಿ ಕುರಿತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಅಳೆಯಲು, ಅಲ್ಲದೆ, ಜನಸಂಖ್ಯಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಅಂಶಗಳ ಜೊತೆಗೆ, ರೋಗತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳೆಡೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಲ್ಯಾಂಡೆರೋ ಮತ್ತು ಟ್ರೆಲ್ಲ್ (1996) ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಇದಕ್ಕೆ ದೊರೆತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಪರಿಜ್ಞಾನದ ಬಗೆಗಿನ ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಸೋಲಿಮನ್ ಮತ್ತು ಇತರರ ತಂಡವು(1997)[20] ಈಜಿಪ್ಟಿನ ನೈಲ್ ನದಿಯ ಮುಖಜಭೂಮಿ ಪ್ರದೇಶದ ಮೆನೋಫೆಯಿಯಾ ಎಂಬಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ 177 ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷಿಸಿತು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ತಪಾಸಣೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅವರ ಮನೋಧರ್ಮಗಳು, ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅವರು ಪರಿಗ್ರಹಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಸಿಗರೇಟ್ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ವಿಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವುದು ಇವೆರಡು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳು ಎಂದು ಅವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, ತದನಂತರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಪಾಯಸಂಭವನೀಯ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ, ವೃತ್ತಿ (ಉದ್ಯೋಗ), ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸ, ಮತ್ತು ಸೂರ್ಯನ ಬಿಸಿಲಿಗೆ ಈಡಾಗುವುದು. ಆಹಾರಪದ್ಧತಿಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭವನೀಯತೆಗೆ ಅತ್ಯಲ್ಪಕೊಡುಗೆ ನೀಡುತ್ತದೆ ಅಥವಾ ಅದರ ಪಾತ್ರ ನಗಣ್ಯ ಎಂದು ಬಹುತೇಕ ವೈದ್ಯರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ತಪಾಸಣಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಮೂಲಕ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಮಾಡುವ ಕುರಿತಾಗಿ ಬಹುತೇಕ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಜ್ಞಾನದ(ಅರಿವಿನ) ಕೊರತೆಯಿತ್ತು. ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ, ಕಿರಿಯ ವೃತ್ತಿಪರ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಲಿವರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ವೈರಸ್‌ಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಕೊರತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆಯದಿಲ್ಲದಿರುವವರಲ್ಲಿ, ವೃತ್ತಿ ಜೀವನದ ಮಧ್ಯಾವಧಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯರಾಗಿರುವ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನದ ಕೊರತೆಯಿದ್ದ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಯ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿ ಕೊರತೆ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಆರಂಭಿಕ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪದವಿಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ–ಧೂಮಪಾನದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು, ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ, ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ವಿಧದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಪತ್ತೆಮಾಡುವುದು– ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ವಿಲ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಸ್ಟೀನ್(1997)[21] ಮೊದಲ ಹಂತದ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಆಯ್ದ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲಾಯಿತು. ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಗಳ ಉದ್ದ, ವಿನ್ಯಾಸ, ಶೈಲಿ ಮತ್ತು ಹೂರಣಗಳ ಕುರಿತು ಆ ಗುಂಪುಗಳು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಎರಡನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನವರ್ಗದಿಂದ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಆಯ್ದ ಮೂರು ಮಾದರಿ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ವೀಡಿಯೊ ಚಿತ್ರೀಕರಣಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸದೇ ಜ್ಞಾನ–ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಲು ಒಂದು ಮಾದರಿ ಗುಂಪಿನ ಕೆಲವರನ್ನು ಕೋರಲಾಯಿತು. ಜ್ಞಾನ–ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುವ ಮುನ್ನ ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಅನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುವಂತೆ ಅದೇ ಗುಂಪಿನ ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರನ್ನು ಕೋರಲಾಯಿತು. ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸದಿರುವವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಯಾರು ವಿಡಿಯೋ ಟೇಪ್‌ಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದರೋ ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾದ ಜ್ಞಾನದಮಟ್ಟವು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದುದು ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಸಮುದಾಯ ಗುಂಪುಗಳು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು, ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮತ್ತು ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿದ ಮೂಲಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವುದಕ್ಕಿಂತ, ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒಲವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿವೆ.

5. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸುವ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲಗಳ ಸಿದ್ಧಾಂತದಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು 'ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲ' ಎಂಬುದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿತ ಜನರ ಗುಂಪಿನೊಳಗಿನ ಸಂಪರ್ಕಕೊಂಡಿಗಳ ಒಂದು ಸಮೂಹ ಎಂದು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತಹ ಸಮೂಹದ ಗುಣಧರ್ಮಗಳು, ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕ ವರ್ತನೆಯ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ (ಮಿಚೆಲ್ 1969)

ಅದೊಂದು ಜನರ ಸಮೂಹ, ಇದರೊಂದಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬರು ಒಂದು ರೀತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಅದರೊಂದಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಗಳು ಎಂಬುವು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ತನ್ನ ಪರಿಸರವನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸಲು ಇರುವ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಮಾರ್ಗಗಳು; ಅವುಗಳು ನೀಡುವ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳ ಮೂಲಕ ಪರಿಸರವು ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುತ್ತದೆ (ಸರನ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1977).[22]

20ನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭಿಕ ಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಎಮಿಲಿ ಡರ್ಖಿಯೆಮ್‌ರವರು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಕುರಿತು ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನವು (1897/1951) ಅತ್ಯಾಪ್ತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಂಧಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ

ಕುರಿತಾಗಿ ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿತು (ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿತು). ಸಾಮಾಜಿಕ ಏಕೀಕರಣದ ನಷ್ಟ ಅಥವಾ 'ಕಟ್ಟುಪಾಡಿಲ್ಲದಿರುವ' ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಮಾನಸಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕೆ ವಿರೋಧಭಾವವಲ್ಲ ಎಂದು ಅವರು ವಾದಿಸಿದರು.

ಆದರೂ, ಅಂತರ್ವ್ಯಕ್ತೀಯ ಸಂಬಂಧಗಳ ಬೆಂಬಲದ ಅಂಶಗಳನ್ನು 1950ರ ದಶಕದ ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಗಾಗ್ಯೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ(ಹೆಲ್ಲರ್ 1979). 1974ರವರೆವಿಗೂ, ಅಂತರ್ವ್ಯಕ್ತೀಯ ಸಂಬಂಧಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವರ್ಧನೆಗಾಗಿ ನೇರವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಆಲೋಚನೆಯೇ ಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ನಗರ ಪರಿಸರದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸಿದ ಸಂಶೋಧನಾ ಪುರಾವೆಗಳ ಕುರಿತಾದ ತಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಕಾಸ್ಸೆಲ್(1974) ಎಂಬುವವರು ರೋಗಕಾರಣಗಳ ಪತ್ತೆಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಮನೋಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿದೆ ಎಂಬ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬಂದರು.

ಒಂದೇ ರೀತಿಯ ಒತ್ತಡದ ಸಂದರ್ಭಗಳಿಗೆ ಈಡಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಪರಸ್ಪರರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಕೆಲವರು ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆತಂಕರಹಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೇನು ಎಂಬುದನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ವಿವರಿಸಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಬೆಂಬಲ ಗಳಿಸುವವರ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲಗಳ ಸಂರಚನೆಯೂ ಸಹ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳ ಪೈಕಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕೊಂಡಿಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲದ ಗಾತ್ರ, ಸಾಂದ್ರತೆ, ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಗಳು, ಬೆಂಬಲ ಪಡೆದವರ ಸಂತೃಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ (ಗೌರಶ್ 1979 ಮತ್ತು ಗೊಟ್ಲಿಬ್ 1981) ಮುಖ್ಯವಾಗಿ, ಸ್ವತಃ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ಒಂದು ಮೀಸಲುನಿಧಿಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ರೋಗಿಗೆ ಇರುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ, ಆ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮತ್ತು ಅವರು ಹಾಜರಿರುವ ಅಂಶವೂ ಸೇರಿದೆ (ಹಾಲೆಂಡ್ 1984).

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ಒಂದು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವಾಗ, ರೋಗಿಗಳು ಹತಾಶಗೊಂಡು, ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಂದ, ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಂದ ಸಹಾಯವನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಅವರು ಬಯಸಿದ ಸಹಾಯ ಅವರಿಗೆ ದೊರೆಯದಿರಬಹುದು ಮತ್ತು ದೊರೆತ ಸಹಾಯದ ಬಗೆಗಳಿಂದ(ರೀತಿಯಿಂದ), ಅವರು ತೃಪ್ತಿಗೊಳ್ಳದಿರಬಹುದು(ಪೋರ್ಟ್‌ಮನ್ 1984) ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ

ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಒಂದು 'ನಿಭಾವಣಾ ಸಂಪನ್ಮೂಲ' ಎಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ. (ಬ್ರಾಡ್‌ಹೆಡ್ ಮತ್ತು ಕಪ್ಲಾನ್ 1991; ಮತ್ತು ವೋರ್ಟ್ಮನ್ 1984), (ಬ್ಲೂಮ್ ಮತ್ತು ಸ್ಪೀಗೆಲ್ 1984; ಡಂಕೆಲ್ ಶ್ಚೆಟ್ಟರ್ 1984; ನೇಲಿಂಗ್ ಮತ್ತು ವೈನ್‌ಫೀಲ್ಡ್ 1988; ಮತ್ತು ಝುಮೋರ್ ಮತ್ತು ಶೆಪೆಲ್ 1989). ರೋಗಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಜಾಗತಿಕ ಪ್ರಭಾವವಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಎಂಬುದು, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಡೆದ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಧಗಳ ಬೆಂಬಲಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿತ್ತು. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸರ್ಜನ್‌ರಿಂದ ದೊರೆತ ಬೆಂಬಲದ ಕಾರಣ ರೋಗಿಯ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವು ಹೆಚ್ಚಾದ ಹಂತವೂ ಸಹ ಒಂದಾಗಿದೆ (ನೇಲಿಂಗ್ ಮತ್ತು ವೈನ್‌ಫೀಲ್ಡ್ 1988).

ರೋಗಿಯ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಹಂತದಲ್ಲಿ–ಕುಟುಂಬ, ಸ್ನೇಹಿತರು, ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು–ಇವರುಗಳು ಬೆಂಬಲದ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳು ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ (ಡಿಮಟ್ಟೆಯೋ ಮತ್ತು ಹೇಸ್ 1981; ಮತ್ತು ವೋರ್ಟ್ಮನ್ ಮತ್ತು ಕಾನ್‌ವೇ 1985). ಬೆಂಬಲದ ಈ ಮೂರು ಮೂಲಗಳಲ್ಲಿ, ಹದಿಹರೆಯದ ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬವೇ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕ ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದರೆ, ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ, ಸರ್ಜನ್ ಇದ್ದರು. ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ದೊರೆತ ಸಹಾಯವು ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿತ್ತು ಎಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ (ಟೆಬ್ಬಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1985) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಎಲ್ಲ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆಯಬಯಸಿದ್ದರು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧಕರು ಹೊರಗೆಡವಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಂಬಲದ ಅಂತಹ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಮುಖ ಮೂಲಗಳೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿ ಪರರು, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು(ಡಂಕೆಲ್–ಶ್ಚೆಟ್ಟರ್ 1984; ನೇಲಿಂಗ್ ಮತ್ತು ವೈನ್‌ಫೀಲ್ಡ್ 1988; ಮತ್ತು ರೋಸ್ 1990).

ಅವರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಬೆಂಬಲದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಒಂದು ಹಂತದಿಂದ ಮತ್ತೊಂದಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗಬಹುದು (ಬ್ರಾಡ್ಹೆಡ್ ಮತ್ತು ಕಪ್ಲಾನ್ 1991).

ಕೋಹೆನ್ ಮತ್ತು ವಿಲ್ಸ್ (1985)[23] ಪ್ರಕಾರ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನವು ಎರಡು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ : ರಚನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ. ರಚನಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಎಂಬುದು ಬೆಂಬಲದ ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವಾಗಿದ್ದು, ಅದು– ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲದ ಗಾತ್ರ (ಬೆರ್ಕ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಬ್ರೆಸ್ಲೋ 1983), ಪರಸ್ಪರ ಭೇಟಿಗಳ ಆವರ್ತನೆ (ಹಾಲ್ ಮತ್ತು ವೆಲ್ಲ್‌ಮನ್ 1985), ಮತ್ತು ಔಪಚಾರಿಕ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಸದಸ್ಯತ್ವ–ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತದೆ (ಹೌಸ್, ರಾಬಿನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಮೆಟ್‌ಝುನರ್ 1982).

ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವು-ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ, ಇತರೆ ಸಂಬಂಧಿಕರು, ಅವರ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಸುವಿಕೆಯ ಆವರ್ತನ-ಇಂತಹ ರಚನಾತ್ಮಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಪರಿಕಲ್ಪಿಸಿದಾಗ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಹಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ(ಬಿಲ್ಲಿಂಗ್ಸ್ ಮತ್ತು ಮೂಸ್ 1981; ಕೋಹೆನ್ ಮತ್ತು ವಿಲ್ಸ್ 1985; ಮೆಕ್ಫರ್ಲೇನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1983; ಪ್ರೊಸಿಡಾನೋ ಮತ್ತು ಹೆಲ್ಲರ್ 1983). ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಪರಿಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಂಡರೆ, ಅದು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮೇಲಿನ ಋಣಾತ್ಮಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಪರಿಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಎಂಬುದು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಕುರಿತಾಗಿ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಗ್ರಹಿಕೆಯು ಏನಿದೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕುಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ (ಕೋಹೆನ್ ಮತ್ತು ವಿಲ್ಸ್ 1985). ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ಬಹುಮುಖಿಯಾದದ್ದು ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಬಹುಮುಖೀ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ಜೀವನದ ವಿವಿಧ ಕ್ರಿಯೆಗಳೊಂದಿಗಿನ ಹಲವು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸ್ಮಿತೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ, ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಕಾಶ, ಪದಾರ್ಥರೂಪದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು, ಮತ್ತು ಅಂಗೀಕಾರ- ಇವುಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾಲ್ಕು ವಿಧಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು : ಭಾವನಾತ್ಮಕ, ಮಾಹಿತಿಯುಕ್ತಾತ್ಮಕ, ಗುರಿಮುಟ್ಟಬಹುದಾದ ಅಥವಾ ಸಾಧನಾತ್ಮಕ, ಮತ್ತು ಅಂಗೀಕಾರಾತ್ಮಕ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕುರಿತಾದ, ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ದಿಂದ ಕೈಗೊಂಡ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಸಂಶೋಧಕರು ಬೆಂಬಲದ ಸಮಯ (ಟೈಮಿಂಗ್) ಮತ್ತು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು (ಪ್ರಾಸೆಸ್) ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ (ಕೋಹೆನ್ ಮತ್ತು ಸೈಮೆ 1985).

ರೆವೆನ್ಸನ್, ವೋಲ್ಲ್‌ಮನ್ ಮತ್ತು ಫೆಲ್ಬನ್ (1983) ಇವರು, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಬೆಂಬಲಾತ್ಮಕ ವರ್ತನೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಕನಿಷ್ಠವಾದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಿತ್ತು ಎಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1994) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನವು, ಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧದ ಕೊಂಡಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳೆಂಬ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಗೊಂದಲಮಯಗೊಂಡಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದೆ.

ಕ್ಯಾಸೆಲ್ (1976) ಎಂಬುವವರು, ಮಾನಸಿಕ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಒತ್ತಡ ಇವುಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ ಕುರಿತ ತಮ್ಮ ಒಂದು ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ : "ಮಾನಸಿಕ ಅಥವಾ ದೈಹಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಒತ್ತಡದ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ 'ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ' ಎಂಬುದು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಅಥವಾ ಅದರ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವಲ್ಲಿ ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ

ಅಂಶವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ". ಕಾಬ್(1979) ಎಂಬುವವರು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿನ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಯ ದೇಹದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಆಕೆಯ ಅಥವಾ ಆತನ ಹೊರ ನೋಟದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಅವರಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಪ್ರೇತಕಳೆ (ಅಂಜಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವಳಿ)–ಇವುಗಳು, ರೋಗಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಪ್ರಮುಖರ ನಡುವಿನ ನಿರಂತರ ಮತ್ತು ಅರ್ಥಪೂರ್ಣ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತೀವ್ರವಾದ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಬಲ್ಲವು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಗಾತಿಗಳು ಬೆಂಬಲದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದರು ಎಂಬ ಅಂಶವು ದಶಕಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ(ಬಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಸುದೆರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ 1955) ಅದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತನ್ನ ಸಂಗಾತಿಗೆ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವ ಆತನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು, ರೋಗಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ, ಬದಲಾಗ ಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ (ಸಿಲ್ಬರ್‌ಫರ್ಬ್ ಮೌರೆ ಮತ್ತು ಕ್ರೌತಾಮೆಲ್ 1980, ಮತ್ತು ವೆಸ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1985); ಇದರ ಪರಿಣಾಮವೇನೆಂದರೆ, ಪೂರೈಸದ ಸಂಬಂಧಗಳು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ನಾರ್ಥೌಸ್ (1988) ಎಂಬುವವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಒಂದು ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇನೆಂದರೆ, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂಲಕ ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ 50 ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರು ಗ್ರಹಿಸಿದ ವಿಚಾರವೇನೆಂದರೆ, ಅವರೇ ಸ್ವಯಂ (ರೋಗಿಗಳೇ) ನೀಡಿಕೊಂಡ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ತಮ್ಮ ಪತ್ನಿಯರು ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ, ದಾದಿಯರಿಂದ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲವು ಅತ್ಯಲ್ಪವಾಗಿತ್ತು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಆದ 3 ದಿನಗಳ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಆದ 30 ದಿನಗಳ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಈ ಎರಡೂ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ನಡೆಸಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸಂಗ್ರಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ವೈವಾಹಿಕ ಸಂತೃಪ್ತಿ, ಬೆಂಬಲದ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲಗಳು, ಮತ್ತು ಒತ್ತಡ ಅಥವಾ ಘಟನೆಗಳು–ಇವುಗಳು ತಮ್ಮ ದೇಹಾರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಗಂಡಂದಿರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳಲ್ಲಿನ ಗಣನೀಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ವಿವರಿಸಬಹುದು(ಜಾನ್‌ಸ್ಟನ್ 1983). ರಾಯಿಟ್ ಮತ್ತು ಲೆಡರೆರ್ಗ್ (1990) ಸರಿಸುಮಾರು ಒಂದು ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇನೆಂದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು, ಅವರ ಸ್ವಂತ ಹಕ್ಕಿನ ಅನುಸಾರ, ದ್ವಿತೀಯ ಸಾಲಿನ ರೋಗಿಗಳು ಎಂದೇ ನೋಡಬೇಕು ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು, ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ರೋಗಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಂತೆ, ಜೀವನ ದಲ್ಲಿನ ವಿವಿಧ ಒತ್ತಡಪೂರಿತ ಘಟನೆಗಳೆಡೆಗಿನ ಋಣಾತ್ಮಕ ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ

ಗೊಳಿಸಬಲ್ಲದು ಅಥವಾ ಅದರ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ (ಡಂಕೆಲ್ ಶ್ಚೆಟ್ಟರ್ 1984; ಮತ್ತು ವೋರ್ಟ್ಮನ್ 1984). ಗೋಲ್ಡ್ ಬರ್ಗ್ ಮತ್ತು ಕಲೆನ್‌ರವರ ಅವಲೋಕನವು (1985) ಹೇಳಿರುವಂತೆ, ರೋಗಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯಹಸ್ತ ಚಾಚುವ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಫಲಕಾರೀ ಪ್ರಭಾವದ ಕುರಿತಾಗಿ ಹಲವು ಸಂಶೋಧಕರು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವು, ರೋಗದೊಂದಿಗಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನು ನುಡಿಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಎತ್ತಿತೋರಿಸಿವೆ ಎಂದು ಬ್ಲೂಮ್ (1986) ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಅಥವಾ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದಾದರೂ ತೊಂದರೆನೀಡಿದ ಸಂಬಂಧದ ಕಹಿಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಬಹುತೇಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು, ತಾವು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು, ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ(ವೋರ್ಟ್ಮನ್ ಮತ್ತು ಡಂಕೆಲ್ ಶ್ಚೆಟ್ಟರ್ 1979). ಇತ್ತೀಚೆಗೆ, ಸ್ಪೀಗೆಲ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1989) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪಿನೊಳಗೇ ಇದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ದೀರ್ಘ ಕಾಲ ಬದುಕುಳಿದಿದ್ದರು ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ 130 ಮಹಿಳೆಯರ ಒಂದು ಗುಂಪಿನ ಮಾದರಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಬ್ಲೂಮ್(1982) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೀಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದರು: 1. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪರಿಸರ ಮಾಪಕವನ್ನು (ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಎನ್‌ವಿರಾನ್‌ಮೆಂಟ್ ಸ್ಕೇಲ್ –ಎಫ್‌ಇಎಸ್) ಬಳಸಿ ನಾಲ್ಕು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಅಳೆದು ತಿಳಿಯಲಾದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಕುರಿತಾದ ಮಹಿಳೆಯ ಗ್ರಹಿಕೆ, 2. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿ ಎಫ್‌ಇಎಸ್ ಬಳಸಿ ಎರಡು ಐಟಂಗಳನ್ನು ಅಳೆದು ತಿಳಿಯಲಾದ ಆಕೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳು, ಮತ್ತು 3. ಒಬ್ಬ ಪರಮಾಪ್ತೆಯನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದ್ದಾಳೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾದ ಒಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸ್ತಿತ್ವ(ಅಸ್ಮಿತೆ). ಹೀಗೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತಾನು ಪಡೆದಿರುವ (ಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಟ್ಟ) ಬೆಂಬಲಾತ್ಮಕ ಸಂಪರ್ಕಗಳ (ಅಭಿವ್ಯಕ್ತ ಸಹಾಯ) ಒಟ್ಟುಮೊತ್ತವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಜಾನಿಸ್ ಕ್ಷೇತ್ರ ಮಾಪಕ (ಜಾನಿಸ್ ಫೀಲ್ಡ್ ಸ್ಕೇಲ್) ಎಂಬುದರಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾದ ಐಟಂಗಳ ಮೂಲಕ ಅಳೆಯಲಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾಪನವನ್ನು ಬಳಸಿ 'ಸ್ವಯಂ–ಪರಿಕಲ್ಪನೆ', 'ಸಾಮರ್ಥ್ಯ–ಪ್ರಜ್ಞೆ' ಮತ್ತು ಮತ್ತು 'ಮಾನಸಿಕ–ಯಾತನೆ' ಇವುಗಳ ಕುರಿತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರದಿಂದ ಆರಂಭಿಸಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಎರಡೂವರೆ ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಮ್ಮೆ ಮಾತ್ರವೇ ಸಂದರ್ಶಿಸ

ಲಾಯಿತು. ಕಂಡುಬಂದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಹೀಗಿದ್ದವು : ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ಒತ್ತಡ ತಗ್ಗಿಸಲು ಕೆಲವೇ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ್ದರು, ಉನ್ನತಮಟ್ಟದ ಸ್ವಯಂಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು, ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು, ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಬೆಂಬಲ ಹೊಂದಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಇವರು ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದ್ದರು ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ, ನಿರುದ್ಯೋಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಉದ್ಯೋಗಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರ ಯಾತನೆಯು ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು. ಇದು, ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರಗೆ ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಗೆ ದೊರೆಯುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಇರಬಹುದು ಎಂದು ಬ್ಲೂಮ್ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಲು, ಬ್ಲೂಮ್ ಮತ್ತು ಸ್ಪೀಗೆಲ್ (1984) 'ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ' ಮತ್ತು 'ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ' ಈ ಎರಡು ಆಯಾಮಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಿದರು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆ ತಲುಪಿದ ಮತ್ತು ರೋಗ ಪಸರಿಸಿದೆ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಲಾದ 86 ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡಿದ್ದರು. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೀಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ : 1. ಕುಟುಂಬ ಒದಗಿಸಿದ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯು ಪಡೆದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ನೆರವಿನ ಗುಣಮಟ್ಟ; ಮತ್ತು 2. ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ದೊರೆತ ಅವಕಾಶ.

ಬ್ಲೂಮ್ ಮತ್ತು ಸ್ಪೀಗೆಲ್ (1984)[24] ಅಧ್ಯಯನವು ಹಲವು ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಡವಿದೆ. ಅವೆಂದರೆ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬುದು ರೋಗಿಯ ಪ್ರಬಲವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದುದಾಗಿತ್ತು ಮತ್ತು ತಾನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ರೋಗಿಗೆ ದೊರೆತ ಅವಕಾಶಗಳಿಂದಾಗಿ, ತನ್ನ ಜೀವನದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗೆ ಇದ್ದ ಸ್ವಯಂ-ಗ್ರಹಿಕೆಗಳು ಇವೆರಡೂ ಸಹ ಪ್ರಭಾವಿಸಲ್ಪಟ್ಟವು. 'ಯೋಗಕ್ಷೇಮ' ಎಂಬುದರ ಕುರಿತಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಇದ್ದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಮೇಲೆ 'ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ' ಮತ್ತು 'ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮಟ್ಟ' ಎಂಬ ಎರಡೂ ಅಂಶಗಳು ಪ್ರಭಾವಿಸಿದವು ಎಂಬುದಾಗಿ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಲಾಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಂಬಲಾತ್ಮಕ ವಿನಿಯಮಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಒದಗಿಸಿತು ಎಂಬುದನ್ನು ವರದಿಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ಅಷ್ಟೊಂದು ವಿಸ್ತಾರವಲ್ಲದ, ಚಿಕ್ಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ರೋಗಿಯ ಸ್ವಯಂ-ಗ್ರಹಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮಬೀರಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಫಂಚ್ ಮತ್ತು ಮಾರ್ಷಲ್(1983) ಇವರು ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ ಮಾಡಿ, ಒತ್ತಡದಾಯಕ ಅನುಭವಗಳ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಎಂಬುದು (ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಂಧಗಳು ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ) ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಬದುಕುಳಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಹೊಂದಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತಹ ಒತ್ತಡದ ಅನುಭವಗಳಲ್ಲಿ– ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಪರಿಗಣಿಸುವುದು, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರೊಬ್ಬರ ಮರಣ, ವಿವಾಹ ವಿಚ್ಛೇದನ, ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಆಯಾಸ, ಮತ್ತು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಏರುಪೇರು– ಇವುಗಳು ಸೇರಿವೆ.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ವೈವಾಹಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಕುರಿತ ಒಂದು ಪರಿಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ, ಲಿಚ್‌ಮನ್, ಟೇಲರ್ ಮತ್ತು ವುಡ್ (1987) ಇವರು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ 78 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನೂ ಸಹ ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಬಹುತೇಕ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರನ್ನು ಸುಮಾರು ಎರಡು ಗಂಟೆಗಳಷ್ಟು ಕಾಲ ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಲಾಯಿತು: 1. ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಳೆಯಲಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಶೋಧಕರೇ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ್ದ ನಾಲ್ಕು ಅಂಶಗಳ ಮಾಪಕವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು; 2. ಬೆಂಬಲದ ಕೊರತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿದ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೇಳಲಾಯಿತು; 3. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣ ಇವರ ಸಂಬಂಧಗಳು ಹೇಗೆಲ್ಲಾ ಬದಲಾವಣೆಗೊಳಗಾದವು ಎಂಬುದನ್ನು; ಮತ್ತು, (4) ಇತರ ಅತ್ಯಾಪ್ತರೊಂದಿಗೆ ಕಳೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ಬದಲಾವಣೆ ಆಗಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು.

ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ರೋಗಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಿತು. ಉತ್ತಮ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಎಂಬುದು ಹಲವು ರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲಗಳ ಗಳಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿತ್ತು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ; ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವವರಾಗಿದ್ದರು, ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ತೋರಿದರು, ಪ್ರಮುಖವಾದ ಇತರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಮುಕ್ತವಾದ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾದ ಸಂವನಹವನ್ನು ನಡೆಸಿದರು, ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿದವು. ಆದರೆ, ವಿವಿಧ ಸಂಬಂಧಗಳು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಿದರು ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಹೇಳುವಲ್ಲಿ ಅವರು ವಿಫಲರಾದರು.

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆದ ಕುರಿತಾಗಿ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸಲು 100 ಜನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲದವರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಅವರನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿರಿಸಿ ಅವರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಪಡೆದು, ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ 100 ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಿ ಪೀಟರ್ಸ್ ಗೋಲ್ಡನ್‌ರವರು (1982) ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಕಸ್ಮಾತ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬಂದರೆ, ಅವರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕ

ಜಾಲದಿಂದ ಪಡೆಯುಬಯುಸಿದ್ದ ಬೆಂಬಲದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಏನಿರಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲದವರಿಗೆ ಕೇಳಿದಾಗ, ನಿಯಂತ್ರಣ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿದ್ದ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲದಿಂದ ಬೆಂಬಲ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಆದಾಗ್ಯೂ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅವರು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದ ಪ್ರಮಾಣದ ಬೆಂಬಲವು ಅವರ ಸಂಪರ್ಕಜಾಲದಿಂದ ದೊರೆಯಲಿಲ್ಲ ಎಂದು ಬಹುತೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಕಂಡುಕೊಂಡರು. ಶೇಕಡಾ 72ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮನ್ನು "ತಪ್ಪಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು" ಎಂದಿದ್ದಾರೆ, ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 52ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮಿಂದ "ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಂಡರು" ಅಥವಾ "ಭಯಗೊಂಡರು" ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಅರ್ಧದಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರವೇ ತಾವು ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲವು "ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿತ್ತು" ಎಂದು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಉಳಿದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ದೊರೆತ ಬೆಂಬಲವು "ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಸಮಂಜಸವಾಗಿತ್ತು" ಅಥವಾ "ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿತ್ತು" ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪಿನ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆ (ಭಾಗೀದಾರಿಕೆ) ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಲು ಸ್ಪೀಗೆಲ್, ಬ್ಲೂಮ್, ಮತ್ತು ಯಾಲೊಮ್ (1981) ಮನೋಸ್ಥಿತಿ, ಸ್ವಯಂಗೌರವ, ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಗಳಿಸಿದ ನಿಯಂತ್ರಣ – ಈ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು.

ಒಂದು ವಾರ ಕಾಲಾವಧಿಯ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವ ಗುಂಪೊಂದು, ಒಂದು ವರ್ಷದವರೆವಿಗೆ ನಡೆಸಿದ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯು (ಇಂಟರ್‌ವೆಂಷನ್) ಪಸರಿಸಿದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಬದುಕುಳಿಯುವಿಕೆಯ ಕಾಲಾವಧಿಯ ಮೇಲೆ ಬೀರಿದ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಸ್ಪೀಗೆಲ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1989) ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಗುಂಪು ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪು ಎರಡೂ ಸಹ ದೈನಂದಿನ ಅರ್ಬುದರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದವು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪಿನೊಳಗಿನ ರೋಗಿಗಳ ಸರಾಸರಿ ಬದುಕುಳಿದ ಅವಧಿಯು 36.6 ತಿಂಗಳುಗಳಾಗಿತ್ತು, ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪಿನ ರೋಗಿಗಳ ಅವಧಿಯು 18.9 ತಿಂಗಳುಗಳಾಗಿತ್ತು. ವಿಫಲವಾಗಲು ಒಂದು ಅಂಶವು ಕಾರಣವಾಯಿತು. ಅದೇನೆಂದರೆ, ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಆಯ್ದ (ಯಾಧೃಚ್ಛಿತ ಆಯ್ಕೆ) ರೋಗಿಗಳು ಪಡೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದಾಗಿದ್ದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕುರಿತು ಟಿಪ್ಪಣಿಮಾಡಲು ವಿಫಲವಾದುದೇ ಈ ಆಸಕ್ತಿದಾಯಕ ಪ್ರಯೋಗವು ನಿಷ್ಪ್ರಯೋಜಕವಾಗಲು ಕಾರಣವಾಯಿತು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪುಗಳೊಳಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸುವ ಕುರಿತಾಗಿ ಟೇಲರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1986) ಒಟ್ಟು 667 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದರು. ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲ ಗುಂಪುಗಳ ಭಾಗೀದಾರಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ ಆ ಅಗತ್ಯಗಳು ಹೊಂದಿದ್ದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಆ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ, ವಿವಿಧ ರೋಗಹಂತಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಈ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ನೀಡಿದರು. ರೋಗದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವಿವಿಧ ಸ್ವರೂಪಗಳುಳ್ಳ ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.45ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು.

ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಒಂದು ಬೆಂಬಲಾತ್ಮಕ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಪರಿಸರವು ಇರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಕುಟುಂಬಗಳು, ರೋಗಿಗಳಂತೆ, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯನೊಬ್ಬನಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೇಲಿನ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಸಾಮರ್ಥದ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಅಂಶವೊಂದಿದೆ. ಅದೇನೆಂದರೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಕುಟುಂಬಸ್ಥರ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಪರಸ್ಪರರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮವಾದ ಬಾಂಧ್ಯವ್ಯವಿರಬೇಕಾದುದು ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

201 ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಒಂದು ವಿಭಿನ್ನ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆತ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1985) ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಿದರು. ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಕ (ಕ್ಲಿನಿಕಲ್) ಮತ್ತು ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದ ಕಾಲಾವಧಿಯು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಕಾರಣ, ಒಳರೋಗಿಗಳಾಗಿ ಪುನರ್ವಸತಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳೊಂದಿಗೆ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಪರ್ಕವು ಕಡಿಮೆ ಇತ್ತು. ಫೆದರ್ (1988) ಎಂಬುವವರು ಒಂದು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ ಸ್ತನತೆಗೆಸಿಕೊಂಡ ರೋಗಿಗಳ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲಗಳನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದರು. ಈ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ 'ರೀಚ್ ಟು ರೆಕವರಿ' ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸ್ವಯಂಸೇವಕರ ಸೇವೆಯು ಲಭ್ಯವಾಗಿತ್ತು.

ಹೋಪ್ ಹೆಸರಿನ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಬೆಂಬಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬವು ಪಡೆದ ಲಾಭಗಳನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿ ಎಡ್ಗರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1996) ಪರಿಶೋಧನೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಬಳಕೆದಾರರು ಮತ್ತು ಬಳಕೆದಾರರಲ್ಲದವರು, ಇಬ್ಬರೂ ಸಹ, ಮಾಹಿತಿ ಕುರಿತಾದ ತಮ್ಮ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಗೊಳಿಸಿದರು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದವರು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿದರು ಮತ್ತು ಹೊರಬಂದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಂದ ತೃಪ್ತರಾದರು. ಕಡಿಮೆ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದವರು ಹೀಗೆ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಈ ಹೋಪ್ ಎಂಬ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಳಸಿದವರನ್ನು

ಮತ್ತು ಬಳಸದವರನ್ನು, ಈ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದ ಅಗತ್ಯ ಎಂಬುದು, ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಉಪಯುಕ್ತ ಎಂದು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದವರಿಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು.

6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ

'ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ' ಎಂಬ ಪದವು, ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಜಾಗತಿಕ ಗುಣವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದ ಪದವಾಗಿದೆ: ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳು, ರೋಗ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಿಂದಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು, ಉದ್ಯೋಗ ಸಂಬಂಧಿತ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭೇಟಿಗಳು, ಮತ್ತು ಹರ್ಷೋಲ್ಲಾಸ ಅಥವಾ ತೃಪ್ತಿ ಎಂಬ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದೊಂದಿಗೆ ಮನೋಸ್ಥಿತಿ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಮಾನಸಿಕ ಅಂಶಗಳು, ಯೇಟ್ಸ್ (1980). ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆ ಕುರಿತ ಹಲವು ನಿರ್ಣಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಹಲವಾರು ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ವೈದ್ಯರು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದು ಕಷ್ಟಕರ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿವೀಕ್ಷಕರು ದೈಹಿಕದಿಂದ (ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ನಿತಾಂಕಗಳು) ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕದತ್ತ(ವ್ಯಕ್ತಿನಿಷ್ಠ ನಿಯತಾಂಕಗಳು)ಹೊರಳುವುದರಿಂದ, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿನಿಷ್ಠತೆ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿನ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಮಾಡುವ ನಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯೊಡ್ಡಿವೆ. ಆರಂಭಿಕ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಹಂತದಿಂದ ಆರಂಭಗೊಂಡು ಎಲ್ಲ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಂತ ಅಥವಾ/ಮತ್ತು ಆಗಾಗ್ಯೆ ಸಾವೇ ಸಂಭವಿಸಿತೇನೋ ಎನ್ನುವ ಹಂತದವರೆಗಿನ ರೋಗಿಯ ರೋಗಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆತನ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯುತ್ತವೆ.

ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಯಾವ ಅಂಶವು ಪ್ರಬಲವಾದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ರುಷ್ಟಾಯೆನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1999) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ, ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವು – ರೋಗಿಯ ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ಶೈಕ್ಷಣಿಕಮಟ್ಟ, ವಿವಾಹರಹಿತ ಸಹಜೀವನ, ರೋಗಪತ್ತೆಯ ನಂತರದ ಕಾಲಾವಧಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿಧ – ಇವುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದೂ ಸಹ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಗುರಿಯಾಗಿತ್ತು. ಹೊಸತಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ನಾರ್ವೇ ದೇಶದ 131 ವಯಸ್ಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಫೆರಾನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಪವರ್ ಇವರು ಸಿದ್ಧಪಸಿದ, ಕಿರು-ನಮೂನೆಯ ಮಾಪಕಗಳಾದ, 'ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಸೂಚ್ಯಂಕ' ಮತ್ತು 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪುನರ್ವಸತಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ' – ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಿದರು. ಅತ್ಯಂತ ಸಾಮಾನ್ಯ

ವಿಧದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೇರಿದಂತೆ ರೋಗಿಗಳು ಹಲವು ವಿಧಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೂ ಸಹ ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ, ಮತ್ತು ಅವರಲ್ಲಿ ಶೇ.80ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳ ರೋಗಪತ್ತೆಯನ್ನು ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳೊಳಗಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಜೀವನ ಕುರಿತಾಗಿ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ವೈವಾಹಿಕ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ, ಸಂತೃಪ್ತಿಯಿಂದ ಇದ್ದದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಅವರ ಆರೋಗ್ಯಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಜೀವನ ಇವುಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದವು. ವಿವಾಹರಹಿತ ಸಹಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮಟ್ಟ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪತ್ತೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರದ ಕಾಲಾವಧಿ– ಇವುಗಳ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು 'ವಿಭಿನ್ನತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ'ಯನ್ನು (ವೇರಿಯೆನ್ಸ್ ಅನಾಲಿಸಿಸ್) ಮತ್ತು ಅನೇಕ ಹಿಂಸರಿತ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳನ್ನು (ರಿಗ್ರೆಸಿವ್ ಅನಾಲಿಸಿಸ್) ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಒಂಟಿಯಾಗಿ ಜೀವಿಸುತ್ತಿದ್ದವರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ವಿವಾಹರಹಿತ ಸಹಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದವರ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿತ್ತು. ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ, ಒಂಟಿಯಾಗಿ ಜೀವಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಿರಿಯರ ಗುಂಪಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಒಂಟಿಯಾಗಿ ಜೀವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಿರಿಯರ ಗುಂಪಿನವರ (19–39 ವರ್ಷಗಳ ಮಯೋಮಾನ) ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವು ಕಡಿಮೆಯದ್ದಾಗಿತ್ತು. ಉಪ–ಮಾಪಕದಲ್ಲಿ, ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ವಯಸ್ಸೊಂದೇ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟದ್ದಾಗಿದ್ದರೂ, ಹೆಚ್ಚುಕಡಿಮೆ ಎಲ್ಲ ಉಪ–ಮಾಪಕಗಳಲ್ಲಿ, ಹಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದವರು ತಮ್ಮ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವು ಉತ್ತಮವಾಗಿತ್ತು ಎಂದು ವರದಿಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಎಂಬುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕುರಿತಾದ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಫಲಿತಾಂಶ ಎಂಬುದಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿದೆ (ಆರೋನ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಬೆಕ್ಮನ್ 1987; ಮೆಕ್‌ಕ್ಯುಲಾನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1996 ಮತ್ತು ಸ್ವೇನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1996). ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೀಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ : "ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅಥವಾ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು – ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಥವಾ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾದ ದೈಹಿಕ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ, ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ– ಇವುಗಳ ಮೇಲೆ ಬೀರಿದ ಪ್ರಭಾವದ ಪ್ರಮಾಣ". ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ರೋಗಪತ್ತೆಗೊಂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮದಂತಹ ತೀವ್ರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕುಚೆಲ್ಲಲು, ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ (ವ್ಯಾಟ್ ಮತ್ತು ಫ್ರೈಡ್ಮನ್ 1996)

ಲೈಂಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು– ಮಾನಸಿಕ, ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಪರಸ್ಪರರ ಅಂಶಗಳ ನಡುವಿನ ಮುಖಾಮುಖಿ ಎಂದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು(ಕೈಸರ್ 1992). ಲೈಂಗಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆ ಎಂಬುದು ರೋಗತೀವ್ರತೆಯಿಂದಲೇ ಉಂಟಾಗಬಹುದು ಅಥವಾ ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಸಹ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು(ವೊನ್ ಎಸ್ಚೆನ್‌ಬಚ್ ಮತ್ತು ಸ್ಕೋವರ್ 1989).

ಈ ಮಾನಸಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಸಂಚಿತ ಪ್ರಭಾವವು–ತಗ್ಗಿದ ಲೈಂಗಿಕ ಉದ್ರೇಕ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ತೇವಾಂಶವಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಮತ್ತು ನೋವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಸಂಭೋಗ–ಇವುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು(ಆಚಿಂಕ್ಲೊಸ್ಸ್ 1991). ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರದಲ್ಲಿ, ಯಾತನಾಮಯ ಸಂಬಂಧಗಳಂತಹ ಪರಸ್ಪರರ (ಅಂತರ್ವ್ಯಕ್ತೀಯ) ಅಂಶಗಳು ಸಹ ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ(ಕ್ರಿಸ್ಟೇನ್ಸೆನ್ 1983; ಕಲ್ 1991; ಮತ್ತು ಸ್ಕೋವರ್ ಸ್ಟೈಂನ್ ಮತ್ತು ಮಾಂಟೇಗ್ 1989). ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಬದುಕುಳಿದಿರುವವರ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಎಂಬುದು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವೇ ಆಗಿದೆ(ಕಟ್‌ಝುರ್ಮನ್ ಗಾರ್ಡ್‌ನರ್ ಮತ್ತು ಕೆಲ್ಲ್ನರ್ 1988; ಮತ್ತು ಸ್ಕೋವೆರ್ ಸ್ಟೈಂನ್ ಮತ್ತು ಮಾಂಟೇಗ್ 1989).

ರೋಗಿಯು ಹೊಂದಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವಿಧವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮನೋ–ಲೈಂಗಿಕ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಗಳು ಶೇ.20ರಿಂದ ಶೇ.90ರಷ್ಟು ಇರುತ್ತವೆ (ಆಂಡರ್ಸನ್ 1985; ಆಂಡರ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಡಿ ಪ್ರೊಸ್ಸೆ 1989ಎ 1989ಬಿ). ಲೈಂಗಿಕ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯು ಬಹುಶಃ ಇಂತಹ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತಲುಪಲು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳೆಂದರೆ–ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರೆ ಕ್ಲಿಷ್ಟತೆಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ–ಲೈಂಗಿಕ ಅಂಗಗಳು, ಲೈಂಗಿಕ ಬಯಕೆ, ಹರ್ಷೋಲ್ಲಾಸ, ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಫಲವತ್ತತೆ–ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು.

ಕ್ಲಿಯರ್–ಸೆಲ್ ಅಡಿನೋಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ ಎಂಬ ರೋಗವು ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಪ್ರಭಾವವೇ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಕುರಿತಾದ ಪ್ರಮುಖ ಕಳಕಳಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಮ್ಯಾಥ್ಯೂಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1999) ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಲೈಂಗಿಕ ಅಸಮರ್ಪಕತೆ, ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುವ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿನ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು–ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅವರು ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಳಜಿಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಅಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆ, ಪುನರ್ವಸತಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿನ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿರುವುದು ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿವೆ (ಕಾಸ್ಕ್ಯಾರೆಲ್ಲಿ–ಸ್ಕಾಗ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1993; ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1993, ಮತ್ತು ಮೆಯೆರೋವಿಟ್ಸ್, ಲೀಥಂ ಮತ್ತು ಹಾರ್ಟ್) ಈ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ನಂತರ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ, ಮತ್ತು ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ನಂತರ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಸುಧಾರಣೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ ಎಂದು ಬಹುತೇಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ವರದಿಮಾಡಿವೆ (ಗಂಜ್ ಇತರರು 1993; ಗ್ಲಾಂಜ್ ಮತ್ತು ಲರ್ಮನ್ 1992). ಆದರೆ, ದೇಹದ ಆಕಾರದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮನೋರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ

ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮುಂದುವರೆದಿರುತ್ತವೆ (ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1997; ಮತ್ತು ಸ್ಟೋವರ್ ಮತ್ತು ಜೆನ್ಸನ್ 1988).

ಇತ್ತೀಚಿನ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮಾವಧಿ ಕಾಲ (ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರ ಒಂದರಿಂದ ಐದು ವರ್ಷಗಳು) ಬದುಕುಳಿದವರ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ-ನೋವು, ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಳಜಿಯಂತಹ ಕೆಲವು ದೈನಂದಿನ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು-ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಸಣ್ಣಮಟ್ಟ, ಆದರೆ, ಮುಂದುವರೆದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮಪ್ರಮಾಣದ ಲೈಂಗಿಕ ತೊಡಕುಗಳು (ಗಂಜ್ ಇತರರು 1993 1997), ಇವುಗಳೆಲ್ಲವೂ ಇದ್ದಾಗ್ಯೂ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವು ಉತ್ತಮವಾಗಿಯೇ ಇದ್ದುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ (ಆಂಡ್ರೈಕೋವ್ಸ್ಕಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1996; ಮತ್ತು ಗ್ಲಾಂಜ್ ಮತ್ತು ಲೆರ್ಮನ್ 1992). ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕಾಲ ಬದುಕುಳಿದ ಆಫ್ರಿಕ ಮೂಲಕ ಅಮೆರಿಕದ ಮಹಿಳೆಯರ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಉಪ-ಮಾದರಿ ಗುಂಪಿನ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ, ತತ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಬದುಕುಳಿದವರ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಈ ಮಹಿಳೆಯರೂ ಸಹ ಇದ್ದರು ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ(ಆಶಿಂಗ್-ಗಿವಾ ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಪೀಟರ್ಸನ್ 1999). ಆ ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಬದುಕುಳಿದವರಲ್ಲಿ, ಚಿಕ್ಕಮಟ್ಟ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ತೊಡಕುಗಳು ಇದ್ದಾಗ್ಯೂ, ಅವರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅನುಕೂಲಕರ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು (ಆಶಿಂಗ್-ಗಿವಾ, ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಪೀಟರ್ಸನ್ 1999; ಡೋವ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1996; ಎಲ್ಮನ್ ಮತ್ತು ಥಾಮಸ್ 1995; ಮತ್ತು ವ್ಯಾಟ್ ಮತ್ತು ಫ್ರೈಡ್ಮನ್ 1996).

ಸದೆಹ್-ತಸ್ಸಾ ಮತ್ತು ಇತರರು (1999) ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದ ಇಸ್ರೇಲಿನ ರೋಗಿಗಳ ವಿಶೇಷ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಒಂದು ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಿರುವುದಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾದರಿಯು-ರೋಗಪತ್ತೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಮತ್ತು ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಇವುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ-ಮೂರು ಹಂತದ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಇದಕ್ಕೆ ಆಧಾರವಾಗಿ ರುವ ಊಹೆ ಏನೆಂದರೆ, ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿಭಾವಣಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ಬಯಸುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಒತ್ತಡಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹಂತವನ್ನೂ ಸಹ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಿ ನೀಡಿದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ರೋಗಿಗಳ ವಿವಿಧ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ವೃಷಣದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಹಲವು ಬಾರಿ ಕಿಮೋಥೆರಪಿಯನ್ನು ಪಡೆದವರು ಮತ್ತು ರೋಗಉಲ್ಬಣಗೊಂಡವರಲ್ಲಿ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೀವ್ರವಿಷಕಾರತೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಹ್ಯಾರಿ ಡಬ್ಲು ಹೆರ್ (1987)[25] ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು. ದೊರೆತ

ಫಲಿತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ, ವಾಕರಿಕೆ, ವಾಂತಿ, ಕಫ, ಇವುಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದವು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳು ಬಹುಬೇಗ ತಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಮರಳಿದ್ದರು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ (ರೇಡಿಯೋ ಥೆರಪಿ) ಮೂಲಕ ರೋಗಉಪಶಮನ ಪಡೆದ, ಬಾಯಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ರೋಗಿಗಳ ಭವಿಷ್ಯದ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಮನೋಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ವಿವರಿಸುವುದು ಗ್ರಾಯೆಫ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1999) ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ತಳಮೂಲದ(ರ್‍ಯಾಡಿಕಲ್) ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದ 110 ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಉಂಟುಮಾಡಿದ ಯಾತನೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಮುನ್ರೋ ಮತ್ತು ಪಾಟರ್ (1996) ಇವರು ಗಣಕೀಕೃತ ಸ್ವಯಂ–ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಉಪಕರಣವನ್ನು ಬಳಸಿದರು. 34 ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡು, ಪ್ರತಿಯೊಂದು ರೋಗಲಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಾದ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಗಾತ್ರೀಕರಿಸಲಾಯಿತು (ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಳೆಯಲಾಯಿತು). ಇಂತಹ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ರೇಖೀಯ ಅನಲಾಗ್ ಸ್ವಯಂ ಮೌಲ್ಯಮಾನಗೊಳಿಸಬಲ್ಲ (ಲೀನಿಯರ್ ಅನಲಾಗ್ ಸೆಲ್ಫ್ ಅಸೆಸ್ಮೆಂಟ್– ಎಲ್‌ಎಎಸ್‌ಎ– ಲಾಸಾ) ಒಂದು ಮೌಲ್ಯಮಾಪಕವನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು.

ಮೂಳೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಬಹು–ಪದ್ಧತಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದ, ಯುವರೋಗಿಗಳ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಫೆಲ್ಡರ್–ಪ್ಯುಗ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1998) ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಶೇ.80ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕೇವಲ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದರು. ಓಡಾಟದ ನಿರ್ಬಂಧನೆ, ಶಾಲಾ–ಕಾಲೇಜುಗಳಿಗೆ ಹಾಜರಾಗುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ, ಅಥವಾ ಉದ್ಯೋಗದ ಬದಲಾವಣೆಯ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ–ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪ್ರಬಲ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡಲೇಬೇಕಾಗಿದ್ದರೂ, ತಮ್ಮ ಹೊಸ ಜೀವನಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳಿಗೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಅವರು ಸಫಲರಾದರು. ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಸ್ವತಂತ್ರ ಜೀವನ, ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆ–ಪೋಷಣೆಗಳ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪಿನ ಜನರ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದವು.

ಲುಯಿಗಿ ಗ್ರಾಸ್ಸಿ ಮತ್ತು ಇತರರು (1996)[26] ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದರು, ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಯಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ ಮೌಲ್ಯಮಾಪಕಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದೂ ಸಹ ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾದ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಹೊಂದಿದ್ದು, ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದ್ದ 49 ರೋಗಿಗಳು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡೆಕ್ಸ್– ಕ್ಯೂಎಲ್ಐ) ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗಾಗಿರುವ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಜೀವನ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಲಿವಿಂಗ್ ಇಂಡೆಕ್ಸ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್– ಎಫ್ಎಲ್ಎಲ್ಸಿ) ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದರು.

ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗಳು, ತೀವ್ರವಾದ ದೈಹಿಕ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು, ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಸಮರ್ಥತೆ–ಇಂತಹ ಅಂಶಗಳು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಮರ್ಥ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು(ಆರೊನ್ಸನ್ 1992).

7. ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು

ನಿಭಾವಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಗಳೇ ಒತ್ತಡ ಕುರಿತಾದ ಸಮಕಾಲೀನ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ಕೇಂದ್ರೀಯ ಅಂಶವಾಗಿದೆ ; 'ನಿಭಾವಣೆ' ಎಂಬುದನ್ನು ಹೀಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ : ಒತ್ತಡಭರಿತ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಬರಬಹುದಾದ ಒಂದು ಸ್ಥಿರತೆಯನ್ನೊದಗಿಸುವ ಅಂಶ. ಈ ಹಿಂದಿನ ಸಂಶೋಧನೆ ಗಳಲ್ಲಿ, ಈ 'ನಿಭಾವಣಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು' ಎಂಬುದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ವರ್ಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ;

1. ನಿಭಾವಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಒಂದು ವಿಧಾನೀಕರಣವನ್ನು (ಟೈಪೋಲಜಿ) ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವಲ್ಲಿನ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು; ಮತ್ತು
2. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಭಾವಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು.

ರೋಗಪತ್ತೆಗೊಂಡ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಒದಗಿಸಲು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾದ ಮನೋ–ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಅಂಗೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ (ಆಂಡರ್ಸನ್ 1992: ಫಾವ್‌ಝಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1995; ಲ್ಯಾಕೋವಿನೋ ಮತ್ತು ರೀಸ್ಸರ್ 1997; ಲೆವಿಸ್ 1986, 1997, ಮತ್ತು ಲೆವಿಸ್ ಮತ್ತು ಬ್ಲೂಮ್ 1978; ಟೀಕ್ ಮತ್ತು ಟೀಕ್ 1985; ತ್ರಿಜಸ್‌ಬರ್ಗ್ ವ್ಯಾನ್–ನಿಪ್ಪೆನ್‌ಬರ್ಗ್, ಮತ್ತು ರಿಜ್‌ಪ್ಮ 1992, ಮತ್ತು ವಾಕರ್ ಹಾಗೂ ಎರೆಮಿನ್ 1996). ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಬದಲಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಜೀವನದ ಮೇಲೆಯೂ ಸಹ ಈ ಮನೋ–ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬುದು ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ಪುರಾವೆಗಳಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಮನೋ–ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬುದು ಈ ಮುಂದೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ : ರೋಗಿಯ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು

ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವುದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ವಿರುದ್ಧ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಹಾಗು ಅದರ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು, ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು, ಅವರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ನಿಭಾಯಿಸುವ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಮತ್ತು ಅವರ ಒತ್ತಡವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು. ಮನೋ-ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯ ನಿರ್ನಾಳಗಂಥಿ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೂ ಸಹ ಅನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ (ಫಾವ್‌ಝಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1990ಬಿ ; ಲೆವಿ ಮತ್ತು ಇತರರು 1991; ವಾನ್ ಡೆರ್ ಪೊಂಪೆ ಮತ್ತು ಇತರರು 1997). ತಮಗೆ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಈ ರೋಗವು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಎಂಬ ವಾಸ್ತವಾಂಶಕ್ಕೆ ರೋಗಿಗಳು ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ರೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕುರಿತಾದ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಬೇಡ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ರೋಗಿಯೇ ನಿರ್ಣಯಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಂತಹ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿವೆ.

'ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು' ಮತ್ತು 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಗುಂಪೊಂದು ರೋಗವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಶೈಲಿ'-ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರಬಹುದಾದ ಸಂಬಂಧಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಬೈಡರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1999) ಹೊಸದಾಗಿ ಒಂದು ಉಪಕರಣವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಗೊಳಿಸಿದರು. 'ಹೊಂದಿದ್ದ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು' ಮತ್ತು 'ಸಕ್ರಿಯ ಅರಿವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ನಿಭಾವಣಾ ಶೈಲಿ'-ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧ ಇರುವುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಹೊರಗೆಡಹಿದವು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದಲ್ಲಿನ-'ಅರಿವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ನಿಭಾವಣೆ' ಮತ್ತು ದುರಂತದಲ್ಲಿ 'ಕೊನೆಗೊಳ್ಳುವ ತೀವ್ರತರ ನೋವು' ಮತ್ತು 'ಬಳಸಿದ ನೋವು ನಿವಾರಕಗಳು'-ಇವುಗಳ ನಡುವಿನ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ದೊರೆತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಸೂಚಿಸಿದ್ದು ಹೀಗಿದೆ : ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿನ ಮತ್ತು ಬಳಸಿದ ನೋವುನಿವಾರಕಗಳಲ್ಲಿನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಭಿನ್ನತೆಗೆ ಈ 'ಅರಿವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ನಿಭಾವಣೆ' ಎಂಬುದು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿದ್ದಾಗಿರಲಿಲ್ಲ (ಜಾಕೋಬ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಬಟ್ಲರ್ 1996). ದುರಂತದ ಸಾಧ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ನೋವು ಇವೆರಡರ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಊಹಿಸಲು ವಯಸ್ಸನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹ ಆಧಾರವನ್ನಾಗಿ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕಿರಿಯ ವಯೋಮಾನದ ರೋಗಿಗಳ ದುರಂತ ಸಾಧ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ನೋವು ಇವುಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದವು ಎಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ. ಕಂಪಾಸ್ ವರ್ಶಂ ಎಯ್ ಮತ್ತು ಹೊವೆಲ್ (1996) ಇವರುಗಳು, ಹೊಸದಾಗಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳು, ಹದಿಹರೆಯದವರು ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಕರು ಈ ಮೂರು ಗುಂಪಿನವರು ಗ್ರಹಿಸಿದ ಅರಿವಿನ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮತ್ತು ನಿಭಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರು. ತಮ್ಮ ಪೋಷಕರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಯ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಅವರು

ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಈ ಎಲ್ಲಾ ಮೂರು ಗುಂಪಿನ ವಯೋಮಾನದವರು ಅರಿತುಕೊಂಡರು ಮತ್ತು ಅವರೆಲ್ಲರೂ ಹೆಚ್ಚುಕಡಿಮೆ ಸಮಸ್ಯಾ-ಕೇಂದ್ರಿತ ನಿಭಾವಣೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ್ದರು. 'ಭಾವನಾ-ಕೇಂದ್ರಿತ ನಿಭಾವಣೆ' ಎಂಬುದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಆತಂಕ, ಖಿನ್ನತೆಯಂತಹ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿತ್ತು. ಕೊನೆಯದಾಗಿ, ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆಗಳ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳೊಂದಿಗೆ ಇದ್ದ ಅವರ ಸಂಬಂಧದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ, 'ನಿಭಾವಣೆ' ಮತ್ತು 'ನಿಯಂತ್ರಣ ನಂಬಿಕೆಗಳು' ಪರಸ್ಪರ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗಲೇ ಇಲ್ಲ.

ವ್ಯಾಗ್ನರ್, ಆರ್ಮ್‌ಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ಮತ್ತು ಲಾಫ್ಲಿನ್ (1995)[27] ಇವರುಗಳು, ಅರಿವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ನಿಭಾವಣಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಿಡಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಗಳಿಸಿದ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದೊಂದಿಗೆ ಇವುಗಳು ಹೇಗೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿವೆ ಎಂಬುದರ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಎರಡು ನಿಭಾವಣಾ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಆರು ನಂಬಿಕೆಗಳ ಅಂಶಗಳು ರೋಗಿಗಳು ಗ್ರಹಿಸಿದ (ಪಡೆದ) ಜೀವನಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿದ್ದವು ಎಂಬ ಸಂಗತಿಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿತು.

ಮರುಕಳಿಸಿದ ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡಂದಿರ ಮೇಲೆ ಏನೆಲ್ಲಾ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರಿತು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾರ್ಥೌಸ್ ಓಯಾರ್ರಿಸ್ ಮತ್ತು ಚರ್ರನ್ (1993) ಎಂಬುವವರು ಪರಿಶೋಧಿಸಿದರು, ಮತ್ತು ರೋಗದೊಂದಿಗಿನ ಅವರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅವರು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ, ಅನಿಶ್ಚಿತತೆ, ರೋಗಲಕ್ಷಣದ ಯಾತನೆ ಹಾಗೂ ಹತಾಶ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಮನೋ-ಸಾಮಾಜಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮುಂತಾದ ನಿಯತಾಂಕಗಳ (ವೇರಿಯಬಲ್ಸ್) ನಡುವಣ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು.

ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ನರಳಿದವರು ಮತ್ತು ಅವರ ಗಂಡಂದಿರು ರೋಗವನ್ನು ಹೇಗೆ ನಿಭಾಯಿಸಿದರು ಮತ್ತು ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ಹೇಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರು ಕುರಿತು, ಮತ್ತು ನಿಭಾವಣೆ ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಪಿಟಾಸೆಕ್ ಮತ್ತು ಡೂಲ್ಗ್ (1994) ಇವರುಗಳು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಸಂಗತಿಗಳು ಹೊರಹೊಮ್ಮಿವೆ. ರೋಗಿಗಳ ಗಂಡಂದಿರು ಕೈಗೊಂಡ ನಿಭಾವಣಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಅವರ ಪತ್ನಿಯರು (ರೋಗಿಗಳು) ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾದ ನಿಭಾವಣಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ್ದರು ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಪತ್ನಿಯರು ಮತ್ತು ಗಂಡಂದಿರು ಅನುಸರಿಸಿದ ನಿಭಾವಣಾ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದವುಗಳಾಗಿತ್ತು. ಒಬ್ಬ ಸಂಗಾತಿಯ ನಿಭಾವಣಾ ವರದಿಗಳು ಹಾಗೂ ವೈವಾಹಿಕ ಸಂತೃಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸಂಗಾತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ – ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದವು. ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಉಪಶಮನವನ್ನು ಪಡೆಯು

ತ್ತಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಗಾತಿಗಳಲ್ಲಿನ ನಿಭಾವಣೆ ಮತ್ತು ಒತ್ತಡಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಪ್ರೊಹಾಸ್ಕ ಮತ್ತು ಸೆಲೊಸ್ಟೋಪ್ (1995) ಇವರುಗಳು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು. ಈ ಹಿಂದೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದ್ದ ಹಲವು ರೀತಿಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದಂತಹುದೇ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಅವರೂ ಸಹ ಪಡೆದರು. ಅಂತಹ ವಿವಿಧ ಅಧ್ಯಯನಗಳೆಂದರೆ : ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ದೂರುಗಳು, ನಿಯಂತ್ರಣಾ ನಂಬಿಕೆಗಳು, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ನಿಭಾವಣಾ ಸಂತೃಪ್ತಿ, ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾದ ಜ್ಞಾನ.

ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಗತಿ ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳು ವಹಿಸುವ ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಾಗಿ ಗರ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಕಿನ್ (1999) ಇವರುಗಳು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ, ಅಸಹಾಯಕತೆಯ ಪ್ರವೃತ್ತಿ, ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ದಮನಗೊಳಿಸುವುದು – ಇವುಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಉಲ್ಬಣಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಕೆಲವು ಪುರಾವೆಗಳು ದೊರೆತವು. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ–ತೀವ್ರ ಒತ್ತಡ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ನರ–ರಾಸಾಯನಿಕ ಹಾಗೂ ರೋಗನಿರಾಧಾತ್ಮಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಂತಹ (ಚಿಹ್ನೆಗಳು) ಮನೋ–ಮಾನಸಿಕ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಗ್ರೆಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಬ್ರಬ್ಯಾಂಡರ್ (1999) ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು, ರೋಗಿಯ ಜೀವನ, ಒತ್ತಡ–ಇವುಗಳ ಸೂಚಕಗಳಾದ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿಯತಾಂಕಗಳು(ವೇರಿಯಬಲ್ಸ್) ಮತ್ತು ತೀವ್ರತರ ಒತ್ತಡದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಒಂದು ಸಂಬಂಧದ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಪುರಾವೆಗಳು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ದೊರೆಯಿತು.

ಬೇರೆಬೇರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಸಹಕಾರದೊಂದಿಗೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಮರಣಶಯ್ಯೆಯ ಆರೈಕೆ ನೀಡಲು ರೋಗಿಯ ಮನೆಗೇ ಭೇಟಿನೀಡುವ ಶುಷ್ರೂಷಕರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಾಗಿ ಗ್ಯಾನ್ ಟೋ (1998) ಎಂಬುವವರು ಪರಿಶೋಧನೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಮನೆಗೇ ಭೇಟಿನೀಡಿ ಶುಷ್ರೂಷೆ ಒದಗಿಸುವ ಕೆಲವು ಶುಷ್ರೂಷಕರು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ನೀಡಬಹುದಾದ ನೆರವಿನ ಕುರಿತಾಗಿ, ಹಲವು ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಕಾರ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಗತ್ಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಹಕಾರಗಳನ್ನು ಪಡೆದು ಕೆಲವು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವುದನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹ ಶುಷ್ರೂಷಕರ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಣೆಯಿಂದಾಗಿ ಹಲವು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವವರ 'ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ನಿಭಾವಣಾ ಸಂಪನ್ಮೂಲ'ಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ನಡೆಸಲಾದ ಅಧ್ಯಯನವು ಅನುಕೂಲಕರ ಮತ್ತು ತಟಸ್ಥ ಪ್ರಭಾವಗಳಿರುವುದನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹಿದೆ (ಪೆನ್ನಿಕ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು

1998). ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯಾತನೆ–ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಫ್ಯಾಲ್ಲರ್ ಮತ್ತು ಶಿಲ್ಲಿಂಗ್, ಒಟ್ಟೆನಿ ಹಾಗೂ ಲಾಂಗ್ (1995) ಇವರುಗಳು ಪರಿಶೋಧಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸ್ತನಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ಮನೋ–ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಅಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರ ಗಂಡಂದಿರು ಚಾಚುವ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಸಹಾಯಹಸ್ತದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಕುರಿತಾಗಿ ಪರಿಶೋಧಿಸಿದಾಗ, ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಉಂಟಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಯು ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಅವರ ಗಂಡಂದಿರು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವುದೇ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗ ಎಂಬುದಾಗಿ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ (ಪೈಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ಮತ್ತು ಬಾರ್ಕರ್ 1995). ಮತ್ತು, ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಬೈಡರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1995) ಬೆಂಬಲಿಸಲಿಲ್ಲ. ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವಾದ ಮೆಲನೋಮ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಗಾತಿಗಳಲ್ಲಿನ ನಿಭಾವಣೆ ಮತ್ತು ಹೊಂದಾಣಿಗಳ ಕುರಿತು ಅವರು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು. ವೈವಾಹಿಕ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಸಂಗಾತಿಯ ಬೆಂಬಲ ಇವುಗಳು, ರೋಗಿಯ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ/ಆತನ ಸಂಗಾತಿಯ ಲಿಂಗಪ್ರಬೇಧವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಹೊರಗೆಡಹಿದೆ. ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಸ್ತ್ರೀ–ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯು ವರದಿಯಾಗಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಐಮನ್ ಮತ್ತು ಫಿಲಿಪ್ಪ್ ಕ್ಲಾವುರ್(1995) ಇವರುಗಳು ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಯು ಪಡೆದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಬೆಂಬಲಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು, ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸದ ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಅರಿವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ (ಸಂವೇದನಾಶೀಲ) ನಿಭಾವಣಾ ಆದ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ ಎಂದು ಈ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬೆಂಬಲ ದೊರೆತಿರುವುದು, ಆಳವಾಗಿ ಆಲೋಚಿಸುವ ಪ್ರಬಲವಾದ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಸಂಬಂಧಿತ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿನ ದುರ್ಬಲ ಪ್ರವೃತ್ತಿ–ಇವುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ನಿಭಾವಣಾ–ಬೆಂಬಲದ ಮಾದರಿಯು 'ಅತ್ಯಂತ ಅಪಾಯಕಾರಿ' ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಕ್ಲಸ್ಟರ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಮೂಲಕ ದೊರೆತ ಫಲಿತಾಂಶ ಎತ್ತಿತೋರಿಸಿತು.

'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ' ಎಂಬ ಅಂಶದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಮಾಹಿತಿಯುಳ್ಳ, ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಸಾಧ್ಯವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧನಾ ಸಾಹಿತ್ಯಗಳು ಮತ್ತೆ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದವು. 'ಉತ್ತಮ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ' ಎಂಬ ಅಂಶದೊಂದಿಗೆ 'ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ' ಎಂಬುದು ಪ್ರಬಲವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಹಲವಾರು ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತಿಳಿಸಿಕೊಟ್ಟಿವೆ

(ಹೆಲ್ಗ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಕೊಹೆನ್ 1996).[28] ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಎಂಬ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಬೇಕು ಎಂಬ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ಬಯಸುವ ಅಂತಹ ಅಂಶಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವವರು ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ನಡುವೆ ಪರಸ್ಪರರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು, ಮುಖಾಮುಖಿಯ ಮೇಲೆ ರೋಗದ ಹಂತಗಳು ಬೀರುವ ಪ್ರಭಾವಗಳ ಕುರಿತಾದ ರೇಖಾಂಶೀಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳು, ಅಲ್ಲದೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟ ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧ (ಬ್ಲಾಂಚಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಇತರರು 1995)

ಜೇಕಬ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1983)[29] ನಡೆಸಿದ, ಹೋಡ್ಗ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಎಂಬ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕ (ರ್‍ಯಾಂಡಮೈಸ್ಡ್) ಅಧ್ಯಯನ ಒಂದರಲ್ಲಿ, ಶುದ್ಧ–ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮಧ್ಯ ಪ್ರವೇಶಿಕೆಯೊಂದನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಇದ್ದ 21 ರೋಗಿಗಳು, 27 ಪುಟಗಳಷ್ಟು ರೋಗಸಂಬಂಧಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನುಳ್ಳ ಒಂದು ಪುಸ್ತಿಕೆ (ಬುಕ್‌ಲೆಟ್) ಹಾಗೂ ಸುದ್ದಿಪತ್ರವನ್ನು (ನ್ಯೂಸ್‌ಲೆಟರ್) ಪಡೆದರು. ಮೂರು ತಿಂಗಳ ನಂತರ, ನಿಯಂತ್ರಿತ ಗುಂಪಿನೊಳಗಿದ್ದ 26 ಜನರಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಈ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗೊಳಗಾದ ಗುಂಪಿನ ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರು. 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ವರ್ತನಾ ಮಾಪಕ' ಬಳಸಿ ಅಳೆದಾಗ, ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗೊಳಪಟ್ಟ ಗುಂಪಿನ ನಿಭಾವಣಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಆತಂಕಗಳು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇದ್ದುದು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಈ ಗುಂಪಿನ ರೋಗಿಗಳು, ತಮ್ಮ ಖಿನ್ನತೆ ಮತ್ತು ಜೀವನದಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳು ಇಳಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿದರು. ಆದರೆ, ಅವರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಕಂಡುಬಂತು. ಹೆಚ್ಚಿದ ಜ್ಞಾನವು ಸ್ವಯಂ–ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ(ಅರಿವಿನ) ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇದು ಸೂಚಿಸಿತು, ಮತ್ತು ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸ್ವಯಂ–ಎಚ್ಚರಿಕೆಪ್ರಜ್ಞೆಯು ವೃದ್ಧಿಸಿತು.

ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಮೂತ್ರನಾಳದ ದಿಕ್ಕುಬದಲಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ನಿಗದಿಯಾಗಿದ್ದ 30 ರೋಗಿಗಳನ್ನು, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕೂ ಮುನ್ನ, ಅಲಿ ಮತ್ತು ಖಲೀಲ್ (1989) ಎಂಬುವವರು, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಗೂ 30ರಿಂದ 60 ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದರು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ 'ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ' ಕುರಿತಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಯಿತು; ದೇಹದ ಯಾವಭಾಗದಲ್ಲಿ ರಂಧ್ರವನ್ನು ಕೊರೆಯಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಇದು ಹೇಗೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಲಾಯಿತು; ಮೂತ್ರಸಂಗ್ರಹಣೆಗಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಗುವ ಹೊರಸಂಗ್ರಾಹಕ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಸಹ ತೋರಿಸಲಾಯಿತು; ಇಂಥದ್ದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಓಡಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿಸಲಾಯಿತು.

ಅಷ್ಟೇಅಲ್ಲದೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಆತಂಕದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಾವೇ ಅಳೆಯಲು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ಮೂರನೇ ದಿನ ಮತ್ತು 12ನೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಆತಂಕವು ಕಡಿಮೆಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದುದು ರೋಗಿಗಳ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿತು.

ರಿಚರ್ಡ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1990),[30] ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದ, ಮಾರಕ ರಕ್ತದಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೊಂದಿರುವ 94 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಯಾದೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ (ರ‍್ಯಾಂಡಂ ಆಗಿ) ಆಯ್ದುಕೊಂಡು, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರನ್ನೂ, ಒಂದು ನಿಯಂತ್ರಣ ಗುಂಪಿಗೆ ಅಥವಾ ಮೂರು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯ ಗುಂಪುಗಳ ಪೈಕಿ ಒಂದಕ್ಕೆ ನಿಯೋಜಿಸಿದರು. ಔಷಧಿಗಳ(ಅಲೋಪ್ಯುರಿನೋಲ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋನ್) ಸೇವನೆಯ ಅನುಸರಣೆಯನ್ನು(ಕಂಪ್ಲಯನ್ಸ್)ವಿಸ್ತೃತಗೊಳಿಸುವುದೇ ಈ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಒಬ್ಬ ಶುಶ್ರೂಷಕರು ನಡೆಸಿಕೊಟ್ಟ ಒಂದು ಗಂಟೆಯ ಕಾಲಾವಧಿಯ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಗೋಷ್ಠಿಯೊಂದರಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಮತ್ತು ಈ ಮುಂದಿನ ವಿಷಯಗಳ ಪೈಕಿ ಒಂದನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು : ಔಷಧಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ನಾಲ್ಕು ಹಂತದ ಸಿದ್ಧತೆಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಮುನ್ನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು; ಔಷಧವನ್ನು ಸೇವಿಸಲು 'ಒಂದು ನೂಕುವ' ವಿಧಾನವನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಕಲಿಯಲು ಒಂದು ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿನೀಡುವುದು; ಮತ್ತು ಇವೆರಡರ ಒಂದು ಸಂಯೋಜನೆ. 6 ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಮಾಸಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಭೇಟಿಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ, ಎರಡೂ ರೀತಿಯ ಔಷಧಗಳ ಸೇವನೆಯ ಅನುಸರಣೆ ಹೇಗೆ ಆಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಳೆದು ದಾಖಲಿಸಲಾಯಿತು. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಹೆಸರನ್ನು ನೋಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನದಿಂದ ಆರಂಭಿಸಿ ಮರಣದವರೆಗೆ ಬದುಕುಳಿದ ಅವಧಿಯನ್ನು ದಿನಗಳ ಲೆಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಅಳೆಯಲಾಯಿತು. ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಕೋರಿದ ಎಲ್ಲ ಮೂರೂ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳ ಎಲ್ಲಾ ಅಲ್ಲೋಪ್ಯುರಿನೋಲ್ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಸಮಾನವಾಗಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಆದರೆ, ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋನ್ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಹೀಗೆ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಾ ಮೂರೂ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಭೇಟಿನೀಡುವುದನ್ನು ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಿದವು.

ಪ್ರುಯಿಟ್ಟ್ ಮತ್ತು ಇತರರು(1993), ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು(ರೇಡಿಯೋ ಥೆರಪಿ) ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಹೊಸದಾಗಿ ರೋಗಪತ್ತೆಯಾದವರು ಮತ್ತು ಹಳೆಯ ರೋಗಿಗಳು ಇಬ್ಬರೂ ಸೇರಿದಂತೆ, 31 ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೂರು ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗೆ (ಪ್ರತಿಗೋಷ್ಠಿಗೂ ಒಂದು ಗಂಟೆಯ ಕಾಲಾವಧಿ) ಅಥವಾ ಪ್ರಮಾಣಿತ ನಿಯಂತ್ರಣ ಗುಂಪಿಗೆ ಯಾಧೃಚ್ಛಿಕವಾಗಿ (ರ‍್ಯಾಂಡಂ ಆಗಿ) ನಿಯೋಜಿಸಿದರು. ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳು, ನಿಭಾವಣಾ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು–ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳ ಒಂದು ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟು ಕೊಂಡು, ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯ ನಂತರದ 1 ಮತ್ತು 3 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಎರಡೂ

ಗುಂಪುಗಳ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಯು ಅವರ ಭಾವುಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಇದ್ದ ಒಂದೇ ಮಾರ್ಗ. ರೋಗಿಗಳ 'ಹಿರಿಯ ಮಯೋಮಾನ' ಮತ್ತು 'ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಆತಂಕ' ಹಾಗೂ 'ಖಿನ್ನತೆ' ಇಂತಹ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿ, ಅಸ್ತಿತ್ವದ ಕಳಕಳಿಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂ–ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ– ಇವುಗಳು ಭಾವುಕ ಸ್ಥಿತಿಯ ಪ್ರಮಾಣಗಳೊಂದಿಗೆ(ಅಳತೆಗಳೊಂದಿಗೆ) ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ತೋರಿಸಿದ ಕಳಕಳಿಯ ವಿಷಯಗಳಾಗಿವೆ. ನಿಭಾವಣಾ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ಕೌಶಲಗಳನ್ನು ಬೋಧಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಅವುಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಅಳೆಯಲಾಗಿಲ್ಲ.

ಕೊನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

1. **ಫ್ಲೈಯಂಟ್ ಜೆ. (1980),** ದಿ ಪೂರ್: ಹು ಆಂಡ್ ವ್ಹೇರ್, ಇನ ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ (ಎಡ್ಸ್) ಬ್ರಿಡ್ಜಿಂಗ್ ದಿ ಗ್ಯಾಪ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೆರ್: ಪ್ರೊಸಿಡಿಂಗ್ಸ್ ಫಾರ್ ದಿ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕಾನ್ಫರೆನ್ಸ್ ಆನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ ದಿ ಪೂಲ್. ಅಟ್ಲಾಂಟಾ: ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ.

2. **ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಎಸ್. ಇ. ಥಾಮಸ್ ಕೆ. ಎ. ಗಾಸ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಈ. ವಾರ್ಡ (1989),** ಕೆರ್ ಗಿವಿಂಗ್ ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಅಪ್ರೈಸಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಅಮಂಗ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಕೆರ್ ಗಿವರ್ಸ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ ನರ್ಸಿಂಗ್, 12: 209–15.

3. **ವೆಲ್ಲಿಸ್ಟ್ ಡಿ. ಕೆ. ಜೆಮ್ಸನ್ ಆಂಡ್ ಪನ್ಸುಯ್ (1978),** ಸೈಕಾಲಾಜಿಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ II: ಇನ್ ಮ್ಯಾನ್ಸ್ ಪರ್ಸಫೆಕ್ಟಿವ್, ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 135: 543–6.

4. **ವೆಸ್ಸ್ ಜೆ. ಜೆ. ಮೊರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಆಂಡ್ ಎ. ಸ್ಕ್ವೀಬಲ್ಸ್ (1985),** ಎ ಫಾಲೊ ಉಪ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ರೊಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಎನ್ವೈರ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಟು ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 2: 1–14.

5. **ಕೊನಿಂಗ್ ಅರ್. ಎಸ್. ಎಮ್. ಲೆವಿನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಬ್ರೆನ್ನಾ (1967),** ದಿ ಎಮೊಶನಲ್ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಯಾಸ್ ಮೆಜರ್‌ಡ್ ಬೈ ಎ ಸೈಕಾಲಾಜಿಲ್ ಟೆಸ್ಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ರೊನಿಕ್ ಡಿಸಿಸ್, 20: 923–30.

6. **ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಸ್ಕಾಟ್ (1988),** ಪೊಸ್ಟ್ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ್ ಸರ್ಜಿಕಲಿ ಟ್ರಿಟೆಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್. ರೆಸ್–ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ, 11: 223.

7. **ಲಿಪೊವಸ್ಕಿ ಝುಡ್. (1970),** ಫಿಸಿಕಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್: ದಿ ಇಂಡಿವಿಶ್ಯೂವಲ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಕಾಪಿಂಗ್ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 1: 91–102.

8. **ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಸಿ. ಎಸ್. ಸಿ. ಈ. ಕಾಕ್ಸ್ ವಿ. ಜೆ. ಶಾಮ್ನೊನ್ ಆಂಡ್ ಎನ್. ಎಲ್ ವೆಲ್ಸ್ (1994),** ಎ ಕ್ಲೊಸರ್ ಲುಕ್ ಯಾಟ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಯಾಸ್ ಎ ಮಾಡರೆಟರ್ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಹೆಲ್ತ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ, 19: 157–64.

9. **ರೆನ್ನಿ ರಾಯಕ್–ಸ್ಕಾಟರ್ (1991),** ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಸೆಲೆಕ್ಟೆಡ್ ರಸರ್ಚ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 9(4): 71–89

10. **ಡಿಸೌಜಾ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಜೆ. ಡಿಸೌಜಾ (1975),** ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ವುಮೆನ್. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 16: 67–73.

11. **ಹುಗೆಸ್ ಜೆ. (1982),** ಎಮೊಷನಲ್ ರಿಯಾಕ್ಷನ್ಸ್ ಟು ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಂಡ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಅರ್ಲಿ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ರಿಸರ್ಚ, 26: 277–81.

12. **ವಿನೊಕುರ್ ಎ. ಡಿ. ಬಿ. ಎ. ಥ್ರೆಲ್ಸ್ಟ್ ಡಿ. ವಿನೊಕರ್ ಕಪ್ಲಾನ್ ಆಂಡ್ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಎ. ಸಾತಾರಿನೊ (1990),** ದಿ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಆಫ್ ರಿಕವರಿ ಫ್ರಾಮ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಂಗರ್ ಒಲ್ಡರ್ ಪೆಷಂಟ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 65: 1242–54.

13. **ಡೆವಿಡ್ ಜೆ. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎ. ಬಾರ್ರಿಟ್ (1982),** ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೆಷನ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ ಫಾರ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಲಿನಿಕ್ಸ್ ಇನ್ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಸರ್ಜರಿ, 9: 327–36.

14. **ಫಾಬೆರೊ, ಎನ್. ಎಲ್, ಎಸ್. ಗಾಂಜ್ಲಾ ಎನ್. ಕಲ್ಟರ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ರಿನೋಲ್ಡ್ಸ್ (1971),** ಆನ್ 8 ಇಯರ್ ಸರ್ವೆ ಆಫ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸೂಸೈಡ್ಸ್. ಲೈಫ್ ಥ್ರೆಟೆನಿಂಗ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್, 1: 184–201.

15. **ಬ್ರೀತಹಾರ್ಟ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ್ (1988),** ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ ಆಫ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸೆಮಿನಾರ್ಸ್ ಇನ್ ಓಂಕಾಲಜಿ, 15(1): 61–9.

16. **ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎಚ್. ಜೆಮ್ಸ್ (1985),** ಗೊಯಿಂಗ್ ಹೊಮ್: ಪೆಷಂಟ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಪೌಸ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಫಾಲೊವಿಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಸರ್ಜರಿ. ಟಾಪ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 7: 46–57.

17. **ಲೀಬರ್ ಎಲ್. ಎಮ್. ಎಮ್. ಪ್ಲಂಬ್ ಎಮ್. ಎಲ್. ಗರ್ಸಟೆಂರ್ಝಾಂಗ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ್ (1976),** ದಿ ಕಮ್ಯೂನಿಕೇಶನ್ ಆಫ್ ಅಫೆಕ್ಷನ್ ಬಿಟ್ವಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್ ಸೈಕೊಸೊಮಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 38: 379–83.

18. **ಹಿಂಡ್ಸ್ ಸಿ. (1985),** ದಿ ನಿಡ್ಸ್ ಆಫ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹು ಕೆರ್ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಾಟ್ ಹೊಮ್: ಆರ್ ವಿ ಮಿಟಿಂಗ್ ದೆಮ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 10: 575–81

19. **ಇಬ್ರಾಹಿಮ್ ಎಮ್. ಎಝ್ಝಲ್ಡಿನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1989),** ವುಮೆನ್ಸ್ ನಾಲೆಜ್ ಆಫ್ ಆಂಡ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡಸ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ಎ ಡೆವಲೊಪಿಂಗ್ ಕಂಟ್ರಿ: ಇಂಪ್ಲಿಕೆಶನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಪ್ರೊಗ್ರಾಮ್ ಇಂಟರವೆನ್ಷನ್ಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಶನ್, 3: 73–81.

20. **ಸೊಲಿಮನ್ ಆಮ್ರ್ ಸಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1997),** ನಾಲೆಜ್ ಆಫ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಬ್ಯಾರಿಯರ್ಸ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಅಮಂಗ್ ಪ್ರೈಮರಿ ಕೆರ್ ಫಿಸಿಕಲ್ ಇನ್ ಇಜಿಪ್ಟ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಷನ್, 12: 100–7.

21. **ವಿಲ್ಸನ್ ಜಾಹ್ನ್ ಎಲ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಡೆವೀಡ್ ಸ್ಟೆನ್ (1997),** ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ದಿ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಎಜುಕೆಷನ್ ವಿಡಿಯೊ ಟೆಪ್ಸ್ ಆನ್ ನಾಲೆಜ್ ಅಬೌಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕಷನ್, 12: 51–4.

22. **ಸರನ್ಸೊನ್ ಎಸ್. ಬಿ. ಎಫ್. ಚಾರ್ಲಸ್ ಕೆ. ಎಮ್. ಕರೊಲ್ಲ್ ಸಿ. ಸೌಲ್ ಆಂಡ್. ಎಲ್. ಎಲಿಝಾಬೆಥ್ (1977),** ವುಮೆನ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಆಂಡ್ ರಿಸೊರ್ಸ ನೆಟ್ವರ್ಕಸ್, ಸ್ಯಾನ್‌ಫ್ರಾನ್ಸಿಸ್ಕೊ: ಜೊಸ್ಸೆ–ಬೆಸ್.

23. **ಕೊಥೆನ್ ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಟಿ. ಎ. ವಿಲ್ಸ್ (1985),** ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ದಿ ಬಫರಿಂಗ್ ಹೈಪೊಥಿಸಿಸ್, ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಬುಲೇಟಿನ್, 21: 310–57.

24. **ಬ್ಲೂಮ್ ಜೆ. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಸ್ಪೈಜೆಲ್ (1984),** ದಿ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ ಆಫ್ ಟು ಡೈಮೆನ್ಶನ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೊರ್ಟ ಟು ದಿ ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ವೆಲ್ಲ್–ಬಿಯಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಆಫ್ ವೂಮೆನ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್‌ಡ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸೊಸಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 19: 83–17.

25. **ಹ್ಯಾರಿ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಹೆರ್ (1987),** ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಮೆಜರ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಟೆಸ್ಟಿಕೂಲರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 6: 1412–14.

26. **ಲುಯಿಗಿ ಗ್ರಾಸ್ಸಿ ಐ. ಮೊನಿಕಾ ಎಮ್. ಮಾಕ್ರೊ ಎಫ್. ಫಾಬ್ರಿಕೊ ಎಫ್. ಲೌರಾ ಆಂಡ್ ಐ. ರಫ್ಫೆಲ್ಲಾ (1996),** ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ ಹೊಮ್ ಬಾಂಡ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್‌ಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ಸ್ ಬೈ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಮೆಂಬರ್ಸ ಆಂಡ್ ಒಂಕಾಲಾಜಿಸ್ಟ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ-ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(3): 1996.

27. **ವ್ಯಾಗನರ್ ಎಮ್. ಕೆ. ಡಿ. ಆರ್ಮಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಈ. ಲಾಗ್ಲೀನ್ (1995),** ಕಾಗ್ನೆಟಿವ್ ಡಿಟರ್ಮಿನೆಂಟ್ಸ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಪ್ ಆಫ್ಟರ್ ದಿ ಆನ್‌ಸೆಪ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ರಿಪೊರ್ಟಸ್, 77: 147–54.

28. **ಜಾಕೊಬ್ಸ್ ಸಿ. ಆರ್. ಡಿ. ರೋಸ್ ಆಂಡ್ ಐ. ಎಮ್. ವಾಕರ್ (1983),** ಬಿಹೆವಿಯರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಎ ರ‍್ಯಾಂಡಮೈಜಡ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಎಜುಕೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಪೀರ್ ಸಪೊರ್ಟ ಗ್ರೂಪ್ಸ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 6: 347–53.

29. **ರಿಚರ್ಡಸನ್ ಜೆ. ಎಲ್. ಡಿ. ಆರ್ ಶೆಲ್ಟೋನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಕ್ರಾಲಿಯೊ (1990),** ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಕಾಂಪ್ಲಿಯೆನ್ಸ್ ವಿಥ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆನ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಅಮಂಗ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಹ್ಯಾಮಟೊಲಾಜಿಕ್ ಮ್ಯಾಲಿಗ್ನೆಸಿಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 8: 356–64.

30. **ಹೆಲೆಗ್ಸನ್ ವಿ. ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಕೊಹೆನ್ (1996),** ದಿ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ರಿಕಾನ್ಸಲಿಂಗ್ ಡಿಸ್ಕ್ರಿಪ್ಟಿವ್ ಕೊರಿಲೆಷನಲ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ರಿಸರ್ಚ. ಹೆಲ್ತ ಸೈಕಾಲಜಿ, 15: 135–48.

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದು

ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಅಂಶಗಳು
ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದು

ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಅಂಶಗಳು ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪ್ತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜನವರಿ 1, 2016ರಿಂದ ಆಗಸ್ಟ್ 31, 2016ರ ವರೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಅರ್ಹ 300 ರೂಗಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ 123 ಪುರುಷ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು 177 ಮಹಿಳಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ರೋಗಿಗಳು ಬೆಂಗಳೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಗರ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ದತ್ತಾಂಶಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗಿಯೇ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಾಜೋ-ಜನಸಂಖ್ಯಾಖೀ ಸಂದರ್ಶನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನ ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸ ಕ್ರಮಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಮಾಣದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಪಡೆದ ಬೆಂಬಲದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
6. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸ್ಮಾರಕ ಗಂಥಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಸೇವೆಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗ ಕುರಿತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು.

ದತ್ತಾಂಶ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ

ಎಲ್ಲಾ ಭರ್ತಿಗೊಂಡ ಅನುಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಎಸ್.ಪಿ.ಎಸ್.ಎಸ್. ಎಂಬ ಹೆಸರಿನ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳ ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾ ತಂತ್ರಾಂಶವನ್ನು ಬಳಸಿ ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲು, ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಕಂಪ್ಯೂಟರಿಗೆ ಊಡಿಸಲು ಅನುವಾಗುವಂತೆ ಕೋಡಿಂಗ್ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಶೇಕಡಾವಾರು, ಮಧ್ಯಮಸಂಖ್ಯೆ (ಮೀನ್), ಶಿಷ್ಟ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡೀವಿಯೇಷನ್) ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್, ಟಿ-ಪರೀಕ್ಷೆ (ಟಿ-ಟೆಸ್ಟ್) ವಿಶಿಷ್ಟಭಾಗಗಳ ವಿಚಲನ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ (ಂಓಔಗಿಂ) – ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು.

ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಯಿತು. ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಪುರುಷರು ಎಂಬ ಎರಡು ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ವಿಚಾರಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಗುರಿಯಾಗಿತ್ತು. ಈ ಹಲವು ವಿಚಾರಗಳು ಹೀಗಿವೆ : ಅವರ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಅವರ ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾಗ ಗ್ರಹಿಸಿದ (ಪಡೆದ) ಒತ್ತಡ, ಕೌಂಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆ, ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದವರಿಂದ ದೊರೆತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಜೀವನಗುಣಮಟ್ಟದ ನಿರ್ಧರಣೆ. ಊಹಾಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು (ಹೈಪಾಥೆಸಿಸ್) ಪಡೆಯುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳಿಗೆ ದೊರೆತ ಪ್ರತ್ಯುತ್ತರಗಳನ್ನು ಸಂಕೇತೀಕರಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಕೋಷ್ಟೀಕರಿಸಲಾಯಿತು (ಕೋಡಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಟ್ಯಾಬ್ಯುಲೇಷನ್). ಅಂಕಿ-ಸಂಖ್ಯೆಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾ ವಿಧಾನಗಳಾದ ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಗುಣಾತ್ಮಕ ಎರಡೂ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಯಿತು. ವೈಯಕ್ತಿಕ ದತ್ತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಬದಲಿಕಗಳ (ವೇರಿಯಬಲ್ಸ್) ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾವಾರು ಮತ್ತು ಆವರ್ತನ ಚದುರುವಿಕೆ (ಫ್ರೀಕ್ವೆನ್ಸಿ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಬ್ಯುಷನ್) ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಎಲ್ಲ ಬದಲಿಕಗಳ ಎರಡೂ ಮಾದರಿಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಲು ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಗುಣಾತ್ಮಕ ಬದಲಿಕಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಂಬಂಧ ಇದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು; ಎರಡು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮಾದರಿಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು, ಈ ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ನಮಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಯಿತು. ಹೀಗಾಗಿ, ಈ ನಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿತು.

ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಮಹತ್ವವನ್ನು ಅರಿಯಲು ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದ ಹಲವಾರು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಪೈಕಿ ಚಿ-ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಟೆಸ್ಟ್ ಎಂಬುದು ಒಂದು ಶಕ್ತಿಶಾಲಿ ಮತ್ತು ನಂಬಲರ್ಹ ಪರೀಕ್ಷೆ. ಇದನ್ನು

ಥಶಿ ಎಂದು ಸಾಂಕೇತಿಕವಾಗಿ ಬರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹತ್ತು ಹಲವು ಸಮಸ್ಯಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಇದು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಹೀಗಿವೆ : I) ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಒಳ್ಳೆಯತನ, II) ಎರಡು ಅಂಶಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧದ ಮಹತ್ವ ಮತ್ತು III) ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗದ ಭಿನ್ನತೆಗಳ ಮಹತ್ವವೇ ಇಲ್ಲಿನ ಏಕರೂಪತೆಗಳು(ಕೊಠಾರಿ 1990)[1] ಚಿ–ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಟೆಸ್ಟ್ ಎಂಬುದು, ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಚದುರುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಏಕೈಕ ಮಾದರಿ(ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ಇದ್ದಾಗಿನ ಪರಿವೀಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದತ್ತಾಂಶ–ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವ ಒಂದು ಅಳತೆ ತರುವಲ್ಲಿ ನಮ್ಮನ್ನು ಶಕ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಎರಡು ಅಂಶಗಳು ಸಂಬಂಧಿತವೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರಿಸಲು ಸಹಾಯ. ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದ ಮತ್ತು ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಚದುರುವಿಕೆಗಳು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದೇ ಇದ್ದರೆ, ಚಿ–ಸ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು 'ಓ' ಎಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಲೆಕ್ಕಾಚಾರಗೊಂಡ ಅಥವಾ ಥಶಿ ಮೌಲ್ಯವು ಕೋಷ್ಟಕ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕೆ ಸಮಾನವಾಗಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಅದನ್ನೂ ಮೀರಿದ್ದರೆ, ಕಂಡುಬಂದ ಮತ್ತು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಆವರ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಮಹತ್ವದ್ದು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಚಿ–ಸ್ಕ್ವೇರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದು ನಿಯತಾಂಕೀಯವಲ್ಲದ (ನಾನ್ ಪ್ಯಾರಾಮೆಟ್ರಿಕ್) ಅಂಕಿ–ಸಂಖ್ಯಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಬಲಿಷ್ಠವಾದುದು ಮತ್ತು ಸೂತ್ರವೊಂದರ ಸಹಾಯದಿಂದ ಅದರ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.[2]

$$X^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_1)^2}{E_{ij}}$$

ಅಲ್ಲಿ o = L–ನೆಯ ಸಾಲು ಜೆ–ನೆಯ ಕಾಲಮ್ ಈ ಕೋಶದಲ್ಲಿನ (ಸೆಲ್) ಗಮನಿತ ಆವರ್ತನ, ಮತ್ತು ಇ= ಅದೇ ಕಾಲಂನಲ್ಲಿನ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಆವರ್ತನ (ಕೊಠಾರಿ 1990).

ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆ (ಟಿ–ಟೆಸ್ಟ್)

ಟಿ–ಟೆಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದು ಮತ್ತೊಂದು ನಿಯತಾಂಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಪ್ಯಾರಾಮೆಟ್ರಿಕ್ ಟೆಸ್ಟ್). ಇದು ಟಿ–ಚದುರುವಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಿತ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕ ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ಆಗಿದ್ದು, ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗದ ಭಿನ್ನಾಂಕವು ತಿಳಿದಿರದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಎರಡು ಮಾದರಿಗಳ (ಸ್ಯಾಂಪಲ್‌ಗಳ) ನಡುವಿನ ಮಧ್ಯಮೌಲ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ (ಮೀನ್) ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ತವಾದುದು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದೆ.(ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ಸ್ಯಾಂಪಲ್‌ಗಳ ಭಿನ್ನಾಂಕಗಳನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗದ ಅಂದಾಜು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತೇವೆ) ಎರಡು ಮಾದರಿಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ ಎಂದಾಗ, ಆ ಎರಡೂ ಸ್ಯಾಂಪಲ್‌ಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಮಧ್ಯಮೌಲ್ಯದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು, ಜೊತೆಗೊಂಡ ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆ (ಅಥವಾ

ವಿಭಿನ್ನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವ) ವಿಧಾನವನ್ನು ನಾವು ಬಳಸುತ್ತೇವೆ. ಮಾದರಿಯ ಗುಣಾಂಕ (ಕೋ–ಎಫಿಷಿಯೆಂಟ್ ಆಫ್ ಸ್ಯಾಂಪಲ್) ಮತ್ತು ಭಾಗಶಃ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧ(ಪಾರ್ಷಿಯಲ್ ಕೋರಿಲೇಷನ್) ಇವುಗಳ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲೂ ಸಹ ಇದನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು. ಸಂಬಂಧಿತ ಪರೀಕ್ಷಾ ಅಂಕಿಅಂಶವಾದ, ಟಿ, ಎಂಬುದನ್ನು ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ದತ್ತಾಂಶದಿಂದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರಗೊಳಿಸಿ, ನಂತರ, ವಿವಿಧ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಕೋನಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆತ ಟಿ–ಚದುರುವಿಕೆಯ ಸಂಭಾವ್ಯಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿನ ಸಂಭಾವ್ಯ ಮೌಲ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸಲಾಗುವುದು. ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಮಟ್ಟದ ಸಂಭಾವ್ಯಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಶೂನ್ಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು (ನಲ್ ಹೈಪೋಥಿಸಿಸ್) ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವಿದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗದ ಭಿನ್ನಾಂಕ(ಪಾಪುಲೇಷನ್ ವೇರಿಯೆನ್ಸ್) ತಿಳಿಯ ದಿರುವಾಗ, ಒಂದು ಅಥವಾ ಅನೇಕ ಚಿಕ್ಕ ಸ್ಯಾಂಪಲ್‌ಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ, ಈ ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಒಬ್ಬ ಅನಾಮಧೇಯ (ಗುಪ್ತನಾಮವುಳ್ಳ) ಸಂಶೋಧನಾ ವಿಧ್ಯಾರ್ಥಿಯೊಬ್ಬ 20ನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ತನ್ನ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿದನು. ಆ ಅನಾಮಧೇಯನ ಹೆಸರು ಗ್ರಾಸ್ಡ್ ಎಂದು ನಂತರ ತಿಳಿದುಬಂತು.

ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಬಳಸುವ ಸೂತ್ರವು ಹೀಗಿದೆ

$$\frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

X_1 – ಮೊದಲ ಮಾದರಿಯ ಮಧ್ಯಮೌಲ್ಯ (ಮೀನ್)

X_2 – ಎರಡನೇ ಮಾದರಿಯ ಮಧ್ಯಮೌಲ್ಯ

S_1 – ಮೊದಲ ಮಾದರಿಯ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ವಿಚಲನ (ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಡೀವಿಯೇಷನ್)

S_2 – ಎರಡನೇ ಮಾದರಿಯ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ವಿಚಲನ.

S_1^2 – S_1 ಎಂಬುದರ ವರ್ಗ (ಸ್ಕ್ವೇರ್)

S_2^2 – S_2 ಎಂಬುದರ ವರ್ಗ (ಸ್ಕ್ವೇರ್)

N_1 – ಮೊದಲ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿನ ಗಮನಿಸುವಿಕೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ

N_2 – ಎರಡನೆಯ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿನ ಗಮನಿಸುವಿಕೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ

ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಶಕ್ತಿಶಾಲಿಯನ್ನಾಗಿಸಲು ಮತ್ತು ಟಿ–ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪಡೆದ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಸಂಭಾವ್ಯತಾ ಹೇಳಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಜಕ್ಕೂ ವಿಶ್ವಾಸವಿರಿಸಬೇಕು ಎಂದಾದರೆ– ಪೂರೈಸಬೇಕಾದ ಕೆಲವು ಷರತ್ತುಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ.

1. ಗಮನಿಸುವಿಕೆ/ವೀಕ್ಷಣೆಯು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿರಬೇಕು, ಅಂದರೆ, ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಮಾದರಿಗೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಲು ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗದಿಂದ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಪ್ರಕರಣವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ಪ್ರಕರಣವು, ಯಾವುದೇ ಬೇರೆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಕ್ಷಪಾತವಿರಬಾರದು. ಅಂತಹ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ದಾರಿತಪ್ಪು ವಂತಿರಬಾರದು. ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕರಣಕ್ಕೆ ನಿಗದಿಸಿ ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಲಾದ ಅಂಕಗಳಿಕೆಯು (ಸ್ಕೋರ್) ಇನ್ನಿತರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರಕರಣಕ್ಕೆ ಹಂಚಿಕೆಯಾದ ಅಂಕಗಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪಕ್ಷಪಾತವಿರಬಾರದು. ಈ ಅಂಕಗಳಿಕೆಯು ದಾರಿತಪ್ಪುವಂತಿರಬಾರದು.

2. ಗಮನಿಕೆಗಳು (ಅಬ್ಸರ್‌ವೇಷನ್‌ಗಳು) ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿತರಿತ ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗಗಳಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದದ್ದಾಗಿರಬೇಕು.

3. ಈ ಜನಸಂಖ್ಯಾವರ್ಗಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಸಮಾನ ಭಿನ್ನತೆಯನ್ನು (ಸೇಮ್ ವೇರಿಯೆನ್ಸ್) ಹೊಂದಿರಬೇಕು(ಅಥವಾ, ವಿಶಿಷ್ಟ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ, ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳು ಒಂದು ಗೊತ್ತಾದ ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿರಬೇಕು).

4. ಇದರಲ್ಲಿನ ಬದಲಿಕಗಳನ್ನು(ವೇರಿಯಬಲ್ಸ್) ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ, ಒಂದು ಮಧ್ಯಂತರ ಮಾಪಕದಲ್ಲಿ ಅಳೆಯಬೇಕು. ಇದರಿಂದಾಗಿ, ಅಂಕಗಳಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಅಂಕಗಣಿತಾತ್ಮಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು (ಕೂಡುವುದು, ಭಾಗಿಸುವುದು, ಸರಾಸರಿ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದು) ಅನ್ವಯಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 1

ರೋಗಿಗಳ ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಲಿಂಗವಾರು

	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	#	%	#	%	#	%	
ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ							
ಅವಿದ್ಯಾವಂತ	51	41.5	84	47.5	135	45.0	0.226
ಪ್ರಾಥಮಿಕ	47	38.2	48	27.1	95	31.7	
ಪ್ರೌಢ	15	12.2	24	13.6	39	13.0	

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಪದವಿಪೂರ್ವ	2	1.6	10	5.6	12	4.0	
ಪದವಿ	3	2.4	2	1.1	5	1.7	
ಡಿಪ್ಲೊಮ	1	0.8	1	0.6	2	0.7	
ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ	2	1.6	1	0.6	3	1.0	
ಇತರೆ	2	1.6	7	4.0	9	3.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	
ಮಾತೃಭಾಷೆ							
ಕನ್ನಡ	81	65.9	117	66.1	198	66.0	0.371
ತೆಲುಗು	8	6.5	13	7.3	21	7.0	
ತಮಿಳು	10	8.1	22	12.4	32	10.7	
ಉರ್ದು	18	14.6	17	9.6	35	11.7	
ಹಿಂದಿ	2	1.6	6	3.4	8	2.7	
ಇತರೆ	4	3.3	2	1.1	6	2.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	
ಧರ್ಮ							
ಹಿಂದೂ	94	40.9	136	59.1	230	76.7	0.086
ಮುಸ್ಲಿಂ	22	53.7	19	46.3	41	13.7	
ಕ್ರೈಸ್ತ	5	29.4	12	70.6	17	5.7	
ಇತರೆ	2	16.7	10	83.3	12	4.0	
ಒಟ್ಟು	123	41.0	177	59.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 1ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.5ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ರೋಗಿಗಳು ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಿದ್ದು, ಶೇಕಡ 47.5ರಷ್ಟು ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳು ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಶೇಕಡ 45.0ರಷ್ಟು ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಿದದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪದವಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಹೊಂದಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ 3.4ರಷ್ಟು ಇದೆ. ರೋಗಿಗಳ ಮಾತೃಭಾಷೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 60.0ರಷ್ಟು ಕನ್ನಡ ಭಾಷಿಕರಿದ್ದು, ಪುರುಷ ರೋಗಿಗಳು ಶೇಕಡ 65ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ

ರೋಗಿಗಳು 66.1ರಷ್ಟು ಇದ್ದಾರೆ. ತೆಲುಗು, ತಮಿಳು, ಉರ್ದು ಮಾತನಾಡುವವರು ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ಶೇಕಡ 7.0, 10.7, 11.7ರಷ್ಟು ಇದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಧರ್ಮವಾರು ವಿಂಗಡಿಸಿದಾಗ ಹಿಂದೂಧರ್ಮದವರು ಶೇಕಡ 76.7ರಷ್ಟು, ಮುಸ್ಲಿಮರು ಶೇ.13.7ರಷ್ಟು, ಕ್ರೈಸ್ತರು ಶೇ.5.7ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಇತರೆ 4.0ರಷ್ಟು ಇದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 2

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ–ವಾಸಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ವಿಧ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ವಾಸಸ್ಥಳ							
ನಗರ	73	59.3	123	69.5	196	65.3	
ಗ್ರಾಮೀಣ	20	16.3	20	11.3	40	13.3	
ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶ	30	24.4	29	16.4	59	19.7	0.040*
ಇತರೆ	0	0.0	5	2.8	5	1.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	
ಕುಟುಂಬದ ವಿಧ							
ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬ	91	48.7	96	51.3	187	62.3	
ಅವಿಭಕ್ತ ಕುಟುಂಬ	5	55.6	4	44.4	9	3.0	
ಒಂಟಿ ಕುಟುಂಬ	13	20.6	50	79.4	63	21.0	0.001*
ವಿಸ್ತರಿಸಿದ ಕುಟುಂಬ	14	34.1	27	65.9	41	13.7	
ಒಟ್ಟು	123	41.0	177	59.0	300	100.0	
ಕುಟುಂಬದ ಗಾತ್ರ							
ಎರಡು	0	0.0	1	100.0	1	0.3	
ಮೂರು	1	16.7	5	83.3	6	2.0	
ನಾಲ್ಕು	70	57.4	52	42.6	122	40.7	0.000*
ಐದು	38	27.1	102	72.9	140	46.7	
ಆರು	10	40.0	15	60.0	25	8.3	

ಏಳು	1	50.0	1	50.0	2	0.7	
ಎಂಟು	1	50.0	1	50.0	2	0.7	
ಒಂಭತ್ತು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನದು	2	100.0	0	0.0	2	0.7	
ಒಟ್ಟು	123	41.0	177	59.0	300	100.0	
ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ							
ಒಬ್ಬರು	100	52.9	89	47.1	189	63.0	0.000*
ಇಬ್ಬರು	18	20.7	69	79.3	87	29.0	
ಮೂವರು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನವರು	5	20.8	19	79.2	24	8.0	
ಒಟ್ಟು	123	41.0	177	59.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 2ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 65.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಗರಪ್ರದೇಶದವರಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 13.3ರಷ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ, ಶೇಕಡ 19.7ರಷ್ಟು ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದ ವಿಧಗಳಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬ ಶೇಕಡ 62.3ರಷ್ಟು ಇರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು 5 ಜನ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 63.0ರಷ್ಟು ಒಬ್ಬರೇ ದುಡಿಯುವವರಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 3

ವೃತ್ತಿವಾರು, ಲಿಂಗವಾರು ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಸರ್ಕಾರಿ	2	1.6	14	7.9	16	5.3	0.009 *
ಅರೆಸರ್ಕಾರಿ	6	4.9	8	4.5	14	4.7	
ಖಾಸಗಿ	16	13.0	35	19.8	51	17.0	
ಸ್ವ0ಯಂ ಉದ್ಯೋಗ	4	3.3	7	4.0	11	3.7	

ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ	3	2.4	2	1.1	5	1.7	
ಕೃಷಿ	14	11.4	18	10.2	32	10.7	
ಕೂಲಿ	73	59.3	72	40.7	145	48.3	
ಇತರೆ	5	4.1	21	11.9	26	8.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 3ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ಕೂಲಿಕಾರರಿ ದ್ದಾರೆ. ನಂತರದ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 17.0ರಷ್ಟು ಖಾಸಗಿ ಉದ್ಯೋಗಿಗಗಳಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 10.7ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಕೃಷಿ ಆಧಾರಿತ ರೋಗಿಗಗಳಿದ್ದಾರೆ. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಕೂಲಿ ಮಾಡುವ ಅಂದರೆ ಬಡ ರೋಗಿಗಳು ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 4

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ–ಸಂಪರ್ಕಮಾಧ್ಯಮ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ದೂರದರ್ಶನ	52	42.3	67	37.9	119	39.7	0.000*
ದಿನಪತ್ರಿಕೆ	24	19.5	43	24.3	67	22.3	
ಕಂಪ್ಯೂಟರ್	19	15.4	30	16.9	49	16.3	
ಇತರೆ	25	20.3	8	4.5	33	11.0	
ರೇಡಿಯೋ	1	0.8	22	12.4	23	7.7	
ನಿಯತಕಾಲಿಕೆ	2	1.6	7	4.0	9	3.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 4ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 39.7ರಷ್ಟು ದೂರದರ್ಶನ ನೋಡುವವರು ಇದ್ದಾರೆಂದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ದಿನಪತ್ರಿಕೆ, ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಇತರೆ ರೇಡಿಯೋ ಮತ್ತು ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಯನ್ನು ಓದುವವರು ಕಂಡುಬರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 5

ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯ ಇತಿಹಾಸ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	15	12.2	31	17.5	46	15.3	0.209
ಇಲ್ಲ	108	87.8	146	82.5	254	84.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 5ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮರಾಣಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯ ಇತಿಹಾಸ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಶೇಕಡ 15.3ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಕಂಡುಬರುತ್ತಾರೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 84.7ರಷ್ಟು ಮಾರಾಣಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯ ಇತಿಹಾಸ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 6

ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಸಾವು ?ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	3	2.4	20	11.3	23	7.7	0.002*
ಇಲ್ಲ	117	95.1	144	81.4	261	87.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	3	2.4	13	7.3	16	5.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 6ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಾರಾಣಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಸಾವುಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 87ರಷ್ಟು ಸಾವುಗಳು ಬೇರೆ ಕಾರಣದಿಂದ ಎಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 7.7ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಮಾರಾಣಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 7

ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ರೋಗನಿದಾನ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಎ ಎಂ ಎಲ್	6	4.9	1	0.6	7	2.3	
0.000* ಎ ಎಲ್ ಎಲ್	8	6.5	2	1.1	10	3.3	
ಆಲ್ವಿಯೋಲಸ್	0	0.0	3	1.7	3	1.0	
ಆಸ್ಟ್ರಿಯಾ ಸರ್ಕೋಮ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಬ್ಲಾಡರ್	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಬಕಲ್ ಮುಕೋಸ	4	3.3	24	13.6	28	9.3	
ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಬೋನ್ ಮೆಟ್ಸ್	2	1.6	1	0.6	3	1.0	
ಮೆದುಳು	2	1.6	2	1.1	4	1.3	
ಸ್ತನ	0	0.0	6	3.4	6	2.0	
ಕೊಲಾಂಜಿಯೋ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	0.000*
ಸಿ.ಎಂ.ಎಲ್	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ದೊಡ್ಡಕರುಳು	3	2.4	3	1.7	6	2.0	
ಗರ್ಭಗೊರಳು	0	0.0	27	15.3	27	9.0	
ಎಂಡೋಮೀಟ್ರಿಯ	0	0.0	14	7.9	14	4.7	
ಅನ್ನನಾಳ	6	4.9	1	0.6	7	2.3	
ಕಣ್ಣು	0	0.0	1	0.6	1	0.3	
ಪಾದ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಜಿ.ಡಿ.ಜಂಕ್ಷನ್	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಜಿ.ಬಿ.ಎಸ್.	1	0.8	3	1.7	4	1.3	
ಹಾರ್ಡ್ ಪ್ಯಾಲೆಟ್	0	0.0	1	0.6	1	0.3	
ಹೆಪಟೋಮ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಹೈ0ಪೋಫ್ಯಾರಿಂಗ್ಸ್	0	0.0	1	0.6	1	0.3	

ಲ್ಯಾರಿಂಗ್ಸ್	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಲಿವರ್	3	2.4	1	0.6	4	1.3	
ಶ್ವಾಸಕೋಶ	8	6.5	4	2.3	12	4.0	
ಲಿಂಫೋಮ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಕುತ್ತಿಗೆ	2	1.6	3	1.7	5	1.7	
ಎನ್.ಎಚ್.ಎಲ್	3	2.4	1	0.6	4	1.3	
ಓರಲ್ ಕ್ಯಾವಿಟಿ	0	0.0	2	1.1	2	0.7	
ಆಸ್ಟೋ ಸರ್ಕೋಮ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಅಂಡಾಶಯ	0	0.0	55	31.1	55	18.3	
ಪ್ಯಾಂಕ್ರಿಯಾಸ್	6	4.9	0	0.0	6	2.0	
ಪ್ಯಾಪಿಲೋಮ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಪೆಲ್ವಿಸ್	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಶಿಶ್ನ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಪೆರಾಟಿಡ್	2	1.6	0	0.0	2	0.7	0.000*
ಪಿ.ಎಫ್.ಎಸ್	3	2.4	1	0.6	4	1.3	
ಫ್ಯಾರಿಂಗ್ಸ್	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಪೋಸ್ಟ್ ಕ್ರಿಕಾಯ್ಡ್	0	0.0	1	0.6	1	0.3	
ಪ್ರೋಸ್ಟೇಟ್	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ರೆಕ್ಟಮ್	11	8.9	1	0.6	12	4.0	
ಹೊಟ್ಟೆ	16	13.0	3	1.7	19	6.3	
ಎಸ್.ಟಿ.ಎಸ್.	6	4.9	1	0.6	7	2.3	
ಸುಪ್ರಗ್ಲಾಟಿಕ್ಸ್	3	2.4	2	1.1	5	1.7	
ಥೈರಾಯಿಡ್	1	0.8	7	4.0	8	2.7	
ನಾಲಿಗೆ	1	0.8	5	2.8	6	2.0	
ಧ್ವನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆ	3	2.4	0	0.0	3	1.0	
ಸಿ.ಎಂ.ಎಲ್	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 7ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ರೋಗ ನಿದಾನ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 18.3ರಷ್ಟು ಅಂಡಾಶಯ ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 9.0ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಕಂಟದ ರೋಗಿಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಪುರುಷ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 13.0ರಷ್ಟು ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 8

ರೋಗಿಗಳ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಸ್ರಾವ	0	0.0	27	15.3	27	9.0	
ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ	10	8.1	7	4.0	17	5.7	
ಉರಿ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	
ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆ	6	4.9	2	1.1	8	2.7	
ಕೆಮ್ಮು	3	2.4	1	0.6	4	1.3	
ನುಂಗುವುದರಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ	7	5.7	6	3.4	13	4.3	
ಮಾಡನಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ತಿನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ	3	2.4	2	1.1	5	1.7	0.000*
ಜ್ವರ	21	17.1	5	2.8	26	8.7	
ಜ್ವರ ಮತ್ತು ಬೇಧಿ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಜ್ವರ ಮತ್ತು ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ	8	6.5	1	0.6	9	3.0	
ಅನಿಯಮಿತ ಋತುಚಕ್ರ	0	0.0	55	31.1	55	18.3	
ಬೇಧಿ	14	11.4	1	0.6	15	5.0	
ಸ್ತನದಲ್ಲಿನ ಗೆಡ್ಡೆ	0	0.0	6	3.4	6	2.0	
ನೋವು	14	11.4	34	19.2	48	16.0	
ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಯ ಸಂವೇದನೆ	6	4.9	4	2.3	10	3.3	
ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ	2	1.6	2	1.1	4	1.3	
ಹೊಟ್ಟೆಯುರಿ	21	17.1	3	1.7	24	8.0	

ಊತ	1	0.8	7	4.0	8	2.7	
ಗೆಡ್ಡೆ	2	1.6	0	0.0	2	0.7	
ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ	0	0.0	14	7.9	14	4.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 8ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 15.3ರಷ್ಟು ಶ್ರಾವ ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 31.1ರಷ್ಟು ಮುಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಯ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕಂಟದ ರೋಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಪುರುಷ ರೋಗಿಗಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 17.1ರಷ್ಟು ಜಠರದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಹೊಟ್ಟೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 9

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
1 ತಿಂಗಳು	0	0.0	11	6.2	11	3.7	0.006
2 ತಿಂಗಳುಗಳು	81	65.9	86	48.6	167	55.7	
3 ತಿಂಗಳುಗಳು	12	9.8	33	18.6	45	15.0	
4 ತಿಂಗಳುಗಳು	12	9.8	19	10.7	31	10.3	
5 ತಿಂಗಳುಗಳು	2	1.6	1	0.6	3	1.0	
6 ತಿಂಗಳುಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನದು	16	13.0	27	15.3	43	14.3	
ಒಟ್ಟು	**123**	**100.0**	**177**	**100.0**	**300**	**100.0**	

ಕೋಷ್ಟಕ 9ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 55.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು 2 ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ವಿಫಲರಾಗಿದ್ದಾರೆಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 10

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಭಯಾನಕ ರೋಗ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	81	65.9	92	52.0	173	57.7	0.036*
ಮಾನಸಿಕ ರೋಗ	1	0.8	11	6.2	12	4.0	
ಏಡ್ಸ್	11	8.9	26	14.7	37	12.3	
ಹೃದ್ರೋಗ	28	22.8	41	23.2	69	23.0	
ಕ್ಷಯರೋಗ	0	0.0	3	1.7	3	1.0	
ಕುಷ್ಠರೋಗ	2	1.6	4	2.3	6	2.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 10ರಲ್ಲಿ ಭಯನಕ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಂಗಡಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 57.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಭಯನಕ ರೋಗವಾಗಿ ಕಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗವೇ ಅತಿ ಭಯಂಕರ ರೋಗವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 11

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಏಡಿ ಇದ್ದಂತೆ	15	12.2	16	9.0	31	10.3	0.050 *
ಜೀವ ತಿಂದುಹಾಕುವ ರೋಗ	42	34.1	71	40.1	113	37.7	
ಅಸಹಜ ಜೀವಕೋಶಗಳು	1	0.8	7	4.0	8	2.7	
ಕುಂಟುತ್ತಾ ಸಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆ	16	13.0	6	3.4	22	7.3	
ವರ್ಣಿಸಲಸಾಧ್ಯವಾದುದು	5	4.1	6	3.4	11	3.7	
ದರಿದ್ರ ಕಾಯಿಲೆ	29	23.6	49	27.7	78	26.0	

ಮರಣ ದಂಡನೆ	3	2.4	6	3.4	9	3.0	
ಇತರೆ	12	9.8	16	9.0	28	9.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 11ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಈ ರೋಗ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಿಗಿರುವ ಆಕ್ರೋಶ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಶೇಕಡ 26.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ದರಿದ್ರ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿರುವುದು ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಭಯವನ್ನು ಹೊರಗೆಡಿರುವುದು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 12

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ಮೂಲ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಸ್ನೇಹಿತರು	6	4.9	6	3.4	12	4.0	0.186NS
ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು	3	2.4	7	4.0	10	3.3	
ವೈದ್ಯರು	59	48.0	71	40.1	130	43.3	
ಮಾಧ್ಯಮಗಳು	5	4.1	20	11.3	25	8.3	
ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು	27	22.0	46	26.0	73	24.3	
ಇತರೆ	23	18.7	27	15.3	50	16.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 12ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮೂಲವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಕ್ಕಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ಶೇಕಡ 24.3ರಷ್ಟು ಮಾಹಿತಿ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಶೇಕಡ 3.3ರಷ್ಟು ಮಾಹಿತಿ ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳಿಂದ ಸಿಕ್ಕಿದೆ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 13

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಜ್ಞಾನ – ಅಂಟುರೋಗ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.304ns
ಇಲ್ಲ	25	20.3	45	25.4	70	23.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	98	79.7	132	74.6	230	76.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 13ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಒಂದು ಅಂಟು ರೋಗ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಶೇಕಡ 76.7ರಷ್ಟು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂಟುರೋಗ ಅಲ್ಲ ಎಂದು ಶೇಕಡ 23.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊರತೆ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 14

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಜ್ಞಾನ–ಅನುವಂಶಿಕ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	3	2.4	2	1.1	5	1.7	0.154ns
ಇಲ್ಲ	2	1.6	10	5.6	12	4.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	118	95.9	165	93.2	283	94.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 14ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಒಂದು ಅನುವಂಶಿಕ ಎಂದು ಶೇಕಡ 1.7ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 94.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಇಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 15

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಜ್ಞಾನ?

ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	15	12.2	25	14.1	40	13.3	0.109ns
ಇಲ್ಲ	55	44.7	58	32.8	113	37.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	53	43.1	94	53.1	147	49.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 15ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಶೇಕಡ 49.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹಾಗೂ ಶೇಕಡ 37.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇಲ್ಲವೆಂದಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು ಶೇಕಡ 13.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 16

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ ಜ್ಞಾನ? ಆಹಾರಪದ್ಧತಿ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	68	55.3	98	55.4	166	55.3	0.024*
ಇಲ್ಲ	1	0.8	13	7.3	14	4.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	54	43.9	66	37.3	120	40.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 16ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಶೇಕಡ 55.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 40.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಕ್ಕೆ ಆಹಾರವು ಮುಖ್ಯವೆಂದಿರುವುದು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 17

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ

ಜ್ಞಾನ – ಧೂಮಪಾನ ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	116	94.3	158	89.3	274	91.3	0.310ns
ಇಲ್ಲ	1	0.8	3	1.7	4	1.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	6	4.9	16	9.0	22	7.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 17ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಶೇಕಡ 91.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ತಂಬಾಕಿನ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಅರಿವು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇದೆ ಎಂದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 18

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ ಇರುವ

ಜ್ಞಾನ–ಮದ್ಯಪಾನ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	65	52.8	105	59.3	170	56.7	0.104ns
ಇಲ್ಲ	52	42.3	56	31.6	108	36.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	6	4.9	16	9.0	22	7.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 18ರಲ್ಲಿ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 36.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇಲ್ಲ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಮದ್ಯಪಾನದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳು ಜಾಗೃತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಕುಡಿತದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 19

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗದ ಕುರಿತಾಗಿ

ಇರುವ ಜ್ಞಾನ? ತಂಬಾಕು? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	4	3.3	11	6.2	15	5.0	0.004*
ಇಲ್ಲ	65	52.8	75	42.4	140	46.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	54	43.9	91	51.4	145	48.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 19ರಲ್ಲಿ ತಂಬಾಕಿನ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮತ್ತು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ತಂಬಾಕಿನ ಇತರೆ ಉತ್ಪನ್ನಗಳ ಬಳಕೆ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಇಲ್ಲಿ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವಿಧಾನಗಳ ಜ್ಞಾನ

ಕೋಷ್ಟಕ 20

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ನಿಯಮಿತ ವಾರ್ಷಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	23	18.7	35	19.8	58	19.3	0.840ns
ಇಲ್ಲ	94	76.4	131	74.0	225	75.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	6	4.9	11	6.2	17	5.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 20ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 75.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ರೋಗ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಮುಂಜಾಗ್ರತ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 21

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಬಾಯಿ, ಜನನಾಂಗಳ ಶುಚಿತ್ವ –ಲಿಂಗವಾರು Sex

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	53	43.1	52	29.4	105	35.0	
ಇಲ್ಲ	2	1.6	10	5.6	12	4.0	0.019*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	68	55.3	115	65.0	183	61.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 21ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಜನನಾಂಗಗಳ ಶುಚಿತ್ವವನ್ನು ಕಾಪಾಡಬೇಕೆಂದು ಶೇಕಡ 35.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಶೇಕಡ 61ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 22

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಅತಿಯಾದ ಸೂರ್ಯನ ಬಿಸಿಲಿನಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದು –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	17	13.8	31	17.5	48	16.0	0.050*
ಇಲ್ಲ	53	43.1	94	53.1	147	49.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	53	43.1	52	29.4	105	35.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 22ರಲ್ಲಿ ಸೂರ್ಯನ ಬಿಸಿಲಿನಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರಿವಿನ ಕುರಿತು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 49.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಭಾವ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಗೋಚರಿಸದಿರುವುದು ರೋಗಿಗಳ ಉತ್ತರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 23

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಅತಿಯಾದ ಕೊಬ್ಬಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	17	13.8	31	17.5	48	16.0	0.123ಟಿ
ಇಲ್ಲ	47	38.2	48	27.1	95	31.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	59	48.0	98	55.4	157	52.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 23ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವಿಧಾನಗಳ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವು ರೋಗಿಗಳ ಅರಿವಿಗೆ ಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯ ಸೇವನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 24

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಹಲ್ಲಿನ ಸೂಕ್ತ ಆರೈಕೆಯಿಂದ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	55	44.7	62	35.0	117	39.0	0.229ಟಿ
ಇಲ್ಲ	51	41.5	84	47.5	135	45.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	17	13.8	31	17.5	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 24ರಲ್ಲಿ ಹಲ್ಲಿನ, ಬಾಯಿಯ ಸೂಕ್ತ ಆರೈಕೆಯಿಂದ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದರಿಂದ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾಗಿದೆ. ಶೇ.45.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇಕಡ 31.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಹಲ್ಲಿನ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 25

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಅತಿಯಾದ ಕೊಬ್ಬಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	106	86.2	143	80.8	249	83.0	0.193ns
ಇಲ್ಲ	15	12.2	24	13.6	39	13.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	2	1.6	10	5.6	12	4.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 25ರಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾದ ಕೊಬ್ಬಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳು ಬರುವುದು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದು ಎಂದು ಶೇಕಡ 83.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ನಾರಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಪೋಷ್ಟಿಕಾಂಶವುಳ್ಳ ತರಕಾರಿ, ಬೇಳೆಕಾಳು, ಹಣ್ಣು ಹಂಪಲಗಳನ್ನು ಸೇವನೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಕರವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಈ ಪೋಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 26

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ತಂಬಾಕು/ಮಧ್ಯಪಾನ ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಶಿರ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	21	17.1	28	15.8	49	16.3	0.081
ಇಲ್ಲ	47	38.2	48	27.1	95	31.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	55	44.7	101	57.1	156	52.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 26ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವಿಧಾನಗಳ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಂಬಾಕು ಮತ್ತು ಮದ್ಯಪಾನ ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಶಿರಾ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಇದರಿಂದ ತಂಬಾಕು ಮದ್ಯಪಾನ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆಯಾದ್ದರಿಂದ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ನೀಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತ ಜ್ಞಾನ

ಕೋಷ್ಟಕ 27

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.001*
ಇಲ್ಲ	1	0.8	21	11.9	22	7.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	89	72.4	124	70.1	213	71.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 27ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣ ಕುರಿತು ಅವರ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 71.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ಲಕ್ಷಣವು ಅವರಿಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 28

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಬಿಳಿ ಮತ್ತು ಕೆಂಪು ಮಚ್ಚೆಗಳು ವಾಸಿಯಾಗದಿರುವುದು –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.001*
ಇಲ್ಲ	4	3.3	29	16.4	33	11.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	86	69.9	116	65.5	202	67.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 28ರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಬಿಳಿ ಮತ್ತು ಕೆಂಪು ಮಚ್ಚೆಗಳು ವಾಸಿಯಾಗದೆ ಇರುವುದು ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಒಂದು ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದ್ದು, ಶೇಕಡ 67.3ರಷ್ಟು

ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಚಾರ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವಂತಹ ಜಾಗೃತಗೊಳಿಸುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 29

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಅಸಾಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಬಿಳುಪುಹೋಗುವಿಕೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.001*
ಇಲ್ಲ	1	0.8	20	11.3	21	7.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	89	72.4	125	70.6	214	71.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 29ರಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಶ್ರಾವ ಮತ್ತು ಬಿಳುಪು ಹೋಗುವಿಕೆಯೂ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 71.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿಚಾರ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡಬರುತ್ತದೆ. ಶೇಕಡ 31.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 30

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಗೆಡ್ಡೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.031*
ಇಲ್ಲ	7	5.7	24	13.6	31	10.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	83	67.5	121	68.4	204	68.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 30ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಗೆಡ್ಡೆಯೂ ಕೂಡ ಒಂದು ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 68.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಲಕ್ಷಣವು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು

ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಕುರಿತು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಕೆಲಸ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 31

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಪದೇಪದೇ ಅಜೀರ್ಣತೆ, ಮೈತೂಕ ಇಳಿಯುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.022*
ಇಲ್ಲ	5	4.1	21	11.9	26	8.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	85	69.1	124	70.1	209	69.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 31ರಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಅಜೀರ್ಣತೆ ಮೈ ತೂಕ ಇಳಿಯುವುದು ಕೂಡ ಒಂದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದ್ದು ಶೇಕಡ 49.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 32

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ವಾಸಿಯಾಗದ ಹುಣ್ಣು, ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ, ಸೋರುವಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.004*
ಇಲ್ಲ	1	0.8	16	9.0	17	5.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	89	72.4	129	72.9	218	72.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 32ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ವಾಸಿಯಾಗದ ಹುಣ್ಣು ಮತ್ತು ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಕೂಡ ಒಂದು ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಲಕ್ಷಣದ ಬಗ್ಗೆ ಶೇಕಡ 72.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 33

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಮೂತ್ರಮಾಡುವಾಗ ತೊಂದರೆ ರಕ್ತಹೋಗುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.007*
ಇಲ್ಲ	9	7.3	34	19.2	43	14.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	81	65.9	111	62.7	192	64.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 33ರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಮಾಡುವಾಗ ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಶ್ರಾವ ಆಗುವುದು ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಒಂದು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 64.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳೀಕೆ ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇಕಡ 21.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ಲಕ್ಷಣದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 34

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಗುಣಮುಖವಾಗದ ಕೆಮ್ಮು, ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೋಗುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	32	18.1	65	21.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	3	2.4	50	28.2	53	17.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	87	70.7	95	53.7	182	60.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 34ರಲ್ಲಿ ಗುಣಮುಖವಾಗದ ಕೆಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೋಗುವುದು ಕೂಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 60.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಜ್ಞಾನ ಇಲ್ಲದೇ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 35

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಆಯಾಸಗೊಳ್ಳುವುದು, ತೂಕದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	34	27.6	32	18.1	66	22.0	0.106ns
ಇಲ್ಲ	27	22.0	37	20.9	64	21.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	62	50.4	108	61.0	170	56.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 35ರಲ್ಲಿ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಆಯಾಸಗೊಳ್ಳುವುದು ತೂಕದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ ಕಂಡುಬರುವುದು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದು ತುಂಬ ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣದ ಕುರಿತಾದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ವಿವಿಧ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 36

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	17	13.8	14	7.9	31	10.3	0.045*
ಇಲ್ಲ	21	17.1	49	27.7	70	23.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	85	69.1	114	64.4	199	66.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 36ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮೆಮೋಗ್ರಾಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯೂ ಶೇಕಡ 66.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 37

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	13	10.6	26	14.7	39	13.0	0.372ns
ಇಲ್ಲ	27	22.0	45	25.4	72	24.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	83	67.5	106	59.9	189	63.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 37ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ಯಾಪ್ಸ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯು ಶೇಕಡ 63.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕಂಠದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಲ್ಬಾಣವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 38

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಎಕ್ಸ್–ರೇ, ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	91	74.0	124	70.1	215	71.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	6	4.9	35	19.8	41	13.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	26	21.1	18	10.2	44	14.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 38ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸರೇ, ಸಿ.ಟಿ.ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಇದರ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 71.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಚಾರವು ಗೊತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 39

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	43	35.0	63	35.6	106	35.3	0.494ns
ಇಲ್ಲ	18	14.6	29	16.4	47	15.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	62	50.4	85	48.0	147	49.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 39ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಇದರ ಜ್ಞಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 49.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅರಿವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 40

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ.-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	49	39.8	67	37.9	116	38.7	0.889
ಇಲ್ಲ	18	14.6	20	11.3	38	12.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	90	50.8	146	48.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 40ರಲ್ಲಿ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ. ಪರೀಕ್ಷಾ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಶೇಕಡ 48.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 38.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 41

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	41	33.3	55	31.1	96	32.0	0.568
ಇಲ್ಲ	21	17.1	26	14.7	47	15.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	61	49.6	96	54.2	157	52.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 41ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಅನುಕೂಲತೆಗಳು ಆಗುತ್ತವೆ. ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಚಾರ ಗೊತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 42

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ?ಸಾಕಷ್ಟು ಅನುಕೂಲತೆಗಳು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	56	31.6	89	29.7	0.712
ಇಲ್ಲ	21	17.1	36	20.3	57	19.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	69	56.1	85	48.0	154	51.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 42ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಈ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಅನುಕೂಲತೆಗಳು ಇರುವುದನ್ನು ಶೇಕಡ 51.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 43

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಮಾನಸಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	33	26.8	56	31.6	89	29.7	0.388
ಇಲ್ಲ	21	17.1	36	20.3	57	19.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	69	56.1	85	48.0	154	51.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 43ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ದೃಢತೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡುವುದರ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 44

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	23	18.7	30	16.9	53	17.7	0.738
ಇಲ್ಲ	26	21.1	31	17.5	57	19.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	74	60.2	116	65.5	190	63.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 44ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ರೋಗ ಪೀಡಿತರಾದಾಗ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಆವರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕುರಿತು ಶೇಕಡ 63.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 45

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	25	20.3	36	20.3	61	20.3	0.619
ಇಲ್ಲ	26	21.1	43	24.3	69	23.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	72	58.5	98	55.4	170	56.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 45ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ರೋಗಿಗಳು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ಬರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 46

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	90	73.2	138	78.0	228	76.0	0.392
ಇಲ್ಲ	14	11.4	21	11.9	35	11.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	18	10.2	37	12.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 46ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 76.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 47

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	35	28.5	62	35.0	97	32.3	0.274
ಇಲ್ಲ	31	25.2	49	27.7	80	26.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	57	46.3	66	37.3	123	41.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 47ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ವೀಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 48

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	64	52.0	44	24.9	108	36.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	18	14.6	62	35.0	80	26.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	41	33.3	71	40.1	112	37.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 48ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರುವ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿದಾಗ ಶೇಕಡ 37.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದ ಮಾಹಿತಿಯೂ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇಕಡ 36.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ಗೊತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 49

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಹಾರ್ಮೋನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	62	50.4	70	39.5	132	44.0	
ಇಲ್ಲ	10	8.1	32	18.1	42	14.0	0.006*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	51	41.5	75	42.4	126	42.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 49ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಕೂಡ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಶೇಕಡ 42.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 50

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಆಯುರ್ವೇದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	28	22.8	53	29.9	81	27.0	
ಇಲ್ಲ	10	8.1	41	23.2	51	17.0	0.029*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	85	69.1	83	46.9	168	56.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 50ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರರ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 51

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ–ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	62	50.4	92	52.0	154	51.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	18	14.6	37	20.9	55	18.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	48	27.1	91	30.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 51ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಅವರಿಂದ ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುವುದು ತುಂಬಾ ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 52

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕೂದಲು ಉದುರುವಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	54	43.9	84	47.5	138	46.0	0,216
ಇಲ್ಲ	18	14.6	24	13.6	42	14.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	51	41.5	69	39.0	120	40.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 52ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮದಿಂದ ರೋಗಿಗಳ ತಲೆಗೂದಲು ಉದುರುವಿಕೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಶೇಕಡ 46.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಚಾರವು ತಿಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ಶೇಕಡ 40.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 53

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ವಿಕಿರಣಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದರೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಶಾಖ ಕೊಡುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	25	20.3	54	30.5	79	26.3	0.831
ಇಲ್ಲ	56	45.5	58	32.8	114	38.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	65	36.7	107	35.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 53ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ವೀಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ವಿದ್ಯುತ್ ಶಾಖ ಕೊಡುವುದು ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇಕಡ 38.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದು ವಿದ್ಯುತ್ ಶಾಖವಲ್ಲ ವೀಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 54

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಬೇರೆ ಗಂಡಿಗೆ ಬೇರೆ ಇದೆ– ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	69	56.1	90	50.8	159	53.0	0.047*
ಇಲ್ಲ	12	9.8	23	13.0	35	11.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	64	36.2	106	35.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 54ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 53.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇದೆ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ 11.7ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ರೋಗಿಗಳು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಒಂದೇ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 55

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ರೋಗಕ್ಕಿಂತ ತುಂಬಾ ಕೀಳು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	65	52.8	114	64.4	179	59.7	0.308
ಇಲ್ಲ	17	13.8	33	18.6	50	16.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	41	33.3	30	16.9	71	23.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 55ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ರೋಗಬರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಕೀಳು ಎಂಬ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 69.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿರುವುದು ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ಕೀಳರಿಮೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 56

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗುಣವಾಗುತ್ತದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	52	42.3	82	46.3	134	44.7	0.573
ಇಲ್ಲ	28	22.8	35	19.8	63	21.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	60	33.9	103	34.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 56ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ಯಾವುದೇ ರೋಗಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸಿದರೆ ಗುಣಮುಖವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 57

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲ ಭಾಗಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	72	58.5	91	51.4	163	54.3	0.004*
ಇಲ್ಲ	36	29.3	46	26.0	82	27.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	15	12.2	40	22.6	55	18.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 57ರಲ್ಲಿ ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಮನೋಭಾವ

ಕೋಷ್ಟಕ 58

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	30	24.4	36	20.3	66	22.0	0.741
ಇಲ್ಲ	35	28.5	53	29.9	88	29.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	58	47.2	88	49.7	146	48.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 58ರಲ್ಲಿ ರೋಗೀಗಳ ಮನೋಭಾವನೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ಶೇಕಡ 48.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಶೇಕಡ 29.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲೆಗೆಳೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 59

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಧರ್ಮಾಚರಣೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	11	8.9	30	16.9	41	13.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	56	45.5	84	47.5	140	46.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	63	35.6	119	39.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 59ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಧರ್ಮಾಚರಣೆಯಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದಾಗಿ ಶೇಕಡ 66.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಧರ್ಮಾಚರಣೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂದು ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 60

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಹಿಂದಿನ ಜನ್ಮದ ಪಾಪದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	55	44.7	84	47.5	139	46.3	0.073
ಇಲ್ಲ	27	22.0	21	11.9	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	41	33.3	72	40.7	113	37.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 60ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಹಿಂದಿನ ಜನ್ಮದ ಪಾಪಕರ್ಮಗಳಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೌದು ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಶೇಕಡ 16.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವ ಪಾಪಕರ್ಮಗಳಿಂದಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 61

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ದೂರವಿಡುವುದು ಸರಿ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	19	15.4	46	26.0	65	21.7	0.707
ಇಲ್ಲ	48	39.0	72	40.7	120	40.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	59	33.3	115	38.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 61ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಬಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ದೂರವಿಡುವುದು ಸರಿಯಾದ ಕ್ರಮ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 40.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲೆಗೆಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಂದ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ದೂರಮಾಡುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 62

ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡಬೇಕು –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	6	4.9	38	21.5	44	14.7	0.072
ಇಲ್ಲ	65	52.8	118	66.7	183	61.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	21	11.9	73	24.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 62ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡಬೇಕು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಇದಕ್ಕೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಮನದಾಳವನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಶೇಕಡ 61.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 63

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ತುಂಬಾ ವೆಚ್ಚದಾಯಕ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	82	66.7	115	65.0	197	65.7	0.056
ಇಲ್ಲ	23	18.7	32	18.1	55	18.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	18	14.6	30	16.9	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 63ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ತುಂಬ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾದದ್ದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಾಗ ಶೇಕಡ 65.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದು ತುಂಬ ವೆಚ್ಚದಾಯಕ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 18.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ವೆಚ್ಚದಾಯಕ ವಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 64

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಶ್ರೀಮಂತರ ಕಾಯಿಲೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	9	7.3	38	21.5	47	15.7	0.037*
ಇಲ್ಲ	62	50.4	106	59.9	168	56.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	33	18.6	85	28.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 64ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಅಲೆಗೆಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಬಡವ ಶ್ರೀಮಂತರೆನ್ನದೇ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಬರುವ ರೋಗ ಇದಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 65

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕಡಿಮೆ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	9	7.3	44	24.9	53	17.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	58	47.2	81	45.8	139	46.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	52	29.4	108	36.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 65ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗೆಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಲಿಂಗಭೇದವಿಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಬರುವ ರೋಗವಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 66

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರವೇ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	22	17.9	29	16.4	51	17.0	0.865
ಇಲ್ಲ	45	36.6	62	35.0	107	35.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	86	48.6	142	47.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 66ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 37.5ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 43.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಮಗೆ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 67

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಕಣ್ಣುಕಟ್ಟು, ಮಾಟಮಂತ್ರದಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು ? ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	6	4.9	10	5.6	16	5.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	41	33.3	55	31.1	96	32.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	76	61.8	112	63.3	188	62.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 67ರಲ್ಲಿ ಮಾಟ–ಮಂತ್ರ, ಕಣ್ಣು ಕಟ್ಟು ವಿದ್ಯೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಚಾರ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 32.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕ್ರಮದಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 5.3ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ರೋಗಿಗಳು ಮಾಟ–ಮಂತ್ರಗಳ ಒಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 68

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	62	48.1	67	51.9	129	43.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	35	33.3	70	66.7	105	35.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	26	39.4	40	60.6	66	22.0	
ಒಟ್ಟು	123	41	177	59	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 68ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂಬುದಾಗಿ ಶೇಕಡ 43.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಶೇಕಡ 35.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ನಾವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 69

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ದೈಹಿಕ ನರಳುವಿಕೆಗಿಂತ ಮಾನಸಿಕ ನರಳುವಿಕೆಯೇ ಹೆಚ್ಚು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	53	43.1	103	58.2	156	52.0	0.865
ಇಲ್ಲ	20	16.3	,37	20.9	57	19.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	50	40.7	37	20.9	87	29.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 69ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ದೈಹಿಕ ನರಳುವಿಕೆಗಿಂತ ಮಾನಸಿಕ ನರಳುವಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕ ನರಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದೈಹಿಕ ನೋವಿಗಿಂತ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬ ಅಂಶ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 70

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಶಾಪಗ್ರಸ್ಥ ರೋಗ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	8	6.5	17	9.6	25	8.3	0.895
ಇಲ್ಲ	58	47.2	50	28.2	108	36.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	57	46.3	110	62.1	167	55.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 70ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಇದೊಂದು ಶಾಪದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಚಾರವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಚಾರ ಕುರಿತು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಶೇಕಡ 36.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಶಾಪದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 71

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	52	42.3	103	58.2	155	51.7	0.071
ಇಲ್ಲ	24	19.5	30	16.9	54	18.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	47	38.2	44	24.9	91	30.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 71ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೌದು ಎನ್ನುವ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ನರಳುವ ಅಂಶ ಇದರಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 72

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	48	39.0	66	37.3	114	38.0	0.001*
ಇಲ್ಲ	48	39.0	69	39.0	117	39.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	27	22.0	42	23.7	69	23.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 72ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 38.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮಿಂದ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 73

ರೋಗಿಗಳ ವಿತರಣೆ ? ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಹಜವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	63	51.2	106	59.9	169	56.3	
ಇಲ್ಲ	30	24.4	27	15.3	57	19.0	0.004*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	30	24.4	44	24.9	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 73ರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಎಂಬ ಬೆಂಬಲದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯೂ ಸಹಜವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 74

ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಿಲ್ಲ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	8	6.5	30	16.9	38	12.7	
ಇಲ್ಲ	63	51.2	101	57.1	164	54.7	0.018*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	46	26.0	98	32.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 74ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಭಾಗಿಯಾಗಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 75

ವಿತರಣೆ ? ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ದೂರವಿಡಬೇಕು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	11	8.9	39	22.0	50	16.7	0.924
ಇಲ್ಲ	71	57.7	105	59.3	176	58.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	41	33.3	33	18.6	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 75ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳನ್ನು ದೂರವಿಡಬೇಕು ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 58.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮಿಂದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ದೂರವಿಡುವುದನ್ನು ತಿರಸ್ಕರ ಮನೋಭಾವದಿಂದ ನೋಡಿದ್ದಾರೆ.

ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕ 76

ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	15	12.2	17	9.6	32	10.7	0.683
ಇಲ್ಲ	54	43.9	85	48.0	139	46.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	54	43.9	75	42.4	129	43.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 76ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅವರ ನಿತ್ಯ ಅಭ್ಯಾಸ ಕ್ರಮವನ್ನು ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಶೇಕಡ 46.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ರೋಗಬರದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 77

ವಿತರಣೆ? ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟದೆ ದೂರವಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	14	11.4	0	0.0	14	4.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	86	69.9	168	94.9	254	84.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	23	18.7	9	5.1	32	10.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 77ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟದೆ ದೂರವಿಡುವುದರಿಂದ ಇತರರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೋಗಿಗಳ ಅರಿವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 84.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿರುವುದು ನಮಗೆ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬೇರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 78

ವಿತರಣೆ? ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ಊಟಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	12	9.8	19	10.7	31	10.3	0.376
ಇಲ್ಲ	92	74.8	120	67.8	212	70.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	38	21.5	57	19.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 78ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರೋಗದಿಂದ ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 70.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರೋಗ ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 79

ವಿತರಣೆ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	11	8.9	16	9.0	27	9.0	0.828
ಇಲ್ಲ	57	46.3	88	49.7	145	48.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	55	44.7	73	41.2	128	42.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 79ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಬಂಧ ಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ರೋಗವು ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಬೇರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗವಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 80

ವಿತರಣೆ? ರಾಸಾಯನಿಕ ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿರುವುದರಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	5	4.1	13	7.3	18	6.0	0.015*
ಇಲ್ಲ	55	44.7	51	28.8	106	35.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	63	51.2	113	63.8	176	58.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 80ರಲ್ಲಿ ರಾಸಾಯನಿಕ ಸೌಂದರ್ಯ ವರ್ಧಕಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿರುವುದರಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 35.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ರಾಸಾಯನಿಕ ವರ್ಧಕಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 81

ವಿತರಣೆ? ಧೂಮಪಾನ ತ್ಯಜಿಸುವುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	66	53.7	113	63.8	179	59.7	0.091
ಇಲ್ಲ	12	9.8	20	11.3	32	10.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	45	36.6	44	24.9	89	29.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 81ರಲ್ಲಿ ಧೂಮಪಾನ ತ್ಯಾಜಿಸುವುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಧೂಮಪಾನ ತ್ಯಾಜಿಸುವುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹದು ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 82

ವಿತರಣೆ? ನರಹುಲಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದರಿಂದ ಅದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗದಂತೆ ತಡೆಯಬಹುದು –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	73	59.3	102	57.6	175	58.3	0.368
ಇಲ್ಲ	21	17.1	41	23.2	62	20.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	29	23.6	34	19.2	63	21.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 82ರಲ್ಲಿ ನರಹುಲಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬ ಮಾಹಿತಿ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 58.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನರಹುಲಿ ಮತ್ತು ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 83

ವಿತರಣೆ? ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ/ಊತ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತೋರಿಸಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	96	78.0	111	62.7	207	69.0	0.011*
ಇಲ್ಲ	17	13.8	33	18.6	50	16.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	10	8.1	33	18.6	43	14.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 83ರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಊತ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತೋರಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 69.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೆಡ್ಡೆ ಮತ್ತು ಊತಗಳು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತೋರಿಸುವುದು ಉತ್ತಮ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 84

ವಿತರಣೆ? ಆಗಾಗ ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	8	6.5	26	14.7	34	11.3	0.058
ಇಲ್ಲ	104	84.6	131	74.0	235	78.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	11	8.9	20	11.3	31	10.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 84ರಲ್ಲಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 78.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ದೂರ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 85

ವಿತರಣೆ? ಆಗಾಗ ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	7	5.7	21	11.9	28	9.3	0.125
ಇಲ್ಲ	105	85.4	146	82.5	251	83.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	11	8.9	10	5.6	21	7.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 85ರಲ್ಲಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 83.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಆಗುವ ಅನುಕೂಲತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 86

ವಿತರಣೆ? ಆಗಾಗ ಸ್ವಂತ ಬಾಯಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	22	17.9	27	15.3	49	16.3	0.786
ಇಲ್ಲ	89	72.4	130	73.4	219	73.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	12	9.8	20	11.3	32	10.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 86ರಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ ಸ್ವತಃ ಬಾಯಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 73.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 87

ವಿತರಣೆ–ಆಗಾಗ ಸ್ವಂತ ಸ್ತನಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	14	11.4	24	13.6	38	12.7	0.668
ಇಲ್ಲ	90	73.2	121	68.4	211	70.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	32	18.1	51	17.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 87ರಲ್ಲಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸ್ವತಃ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 70.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ವತಃ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 88

ವಿತರಣೆ – ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಗೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	53	43.1	53	29.9	106	35.3	0.061
ಇಲ್ಲ	15	12.2	29	16.4	44	14.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	55	44.7	95	53.7	150	50.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 88ರಲ್ಲಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ಯಾಕ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 35.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಚಾರ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 89

ವಿತರಣೆ-ದೇಹದಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಹೋಗುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	
ಹೌದು	10	8.1	59	33.3	69	23.0	
ಇಲ್ಲ	61	49.6	57	32.2	118	39.3	0.000*
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	61	34.5	113	37.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 89ರಲ್ಲಿ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸದ ಹೊರತು ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 39.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೆಡ್ಡೆ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬಂದರೂ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹೋಗಬೇಕೆಂಬ ನಿಲುವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 90

ವಿತರಣೆ-ನೋವು/ಊತ ಕಾಣಿಸದ ಹೊರತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುವುದಿಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	22	17.9	38	21.5	60	20.0	
ಇಲ್ಲ	47	38.2	81	45.8	128	42.7	0.146
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	54	43.9	58	32.8	112	37.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 90ರಲ್ಲಿ ನೋವು, ಊತ ಕಾಣಿಸದ ಹೊರತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಚಿಂತಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 42.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನೋವು, ಊತ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರಬಹುದು ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 91

ವಿತರಣೆ–ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾಗುವುದು ನಮಗೆ ಮುಜುಗರ ಎನಿಸುತ್ತದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	63	51.2	102	57.6	165	55.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	14	11.4	44	24.9	58	19.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	46	37.4	31	17.5	77	25.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 91ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾಗುವುದು ಮುಜುಗರದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಹೋಗುವುದು ಮುಜುಗರವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 92

ವಿತರಣೆ–ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಎಂದರೆ ನಮಗೆ ಭಯ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	57	46.3	85	48.0	142	47.3	0.122
ಇಲ್ಲ	23	18.7	47	26.6	70	23.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	45	25.4	88	29.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 92ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೆಂದರೆ ಭಯ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇ.47.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಎಂದರೆ ಭಯ ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇಕಡ 23.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಭಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ

ಕೋಷ್ಟಕ 93

ವಿತರಣೆ–ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಪ್ರಾರ್ಥನೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	3	2.4	10	5.6	13	4.3	0.339
ಇಲ್ಲ	105	85.4	142	80.2	247	82.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	15	12.2	25	14.1	40	13.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 93ರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಪ್ರಾರ್ಥನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 82.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಬೇರೆ ಪ್ರಾರ್ಥನೆ ಬೇರೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 94

ವಿತರಣೆ–ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಯಲ್ಲಿ ಆಮೂಲಾಗ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಲು ನಾನು ಒತ್ತಾಯಿಸುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	88	71.5	108	61.0	196	65.3	0.160
ಇಲ್ಲ	18	14.6	38	21.5	56	18.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	17	13.8	31	17.5	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 94ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಲಹೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 65.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 95

ವಿತರಣೆ–ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಪ್ರಾಧ್ಯಾನ್ಯತೆ ಕೊಡುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	12	9.8	24	13.6	36	12.0	0.141
ಇಲ್ಲ	96	78.0	142	80.2	238	79.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	15	12.2	11	6.2	26	8.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 95ರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಧ್ಯನತೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಶೇಕಡ 79.7ರಷ್ಟು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೇ ಉತ್ತಮ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಿಯಾಯಿತಿ ದರದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ಬಡ ರೋಗಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯತ್ತ ತಮ್ಮ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 96

ವಿತರಣೆ–ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನಾನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	105	85.4	140	79.1	245	81.7	0.315
ಇಲ್ಲ	10	8.1	24	13.6	34	11.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	8	6.5	13	7.3	21	7.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 96ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 81.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬ ಮನಸ್ಸನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 97

ವಿತರಣೆ-ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆಯೋ ಏನೋ ತಿಳಿಯಲು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುತ್ತೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	98	79.7	140	79.1	238	79.3	0.931
ಇಲ್ಲ	14	11.4	19	10.7	33	11.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	11	8.9	18	10.2	29	9.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 97ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿದೆಯೋ ಇಲ್ಲವೋ ಎಂಬುದಾಗಿ ತಿಳಿಯಲು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 79.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದು ಉತ್ತಮ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

3. ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯುವುದು

ಕೋಷ್ಟಕ 98

ವಿತರಣೆ-ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ ಕಾರಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	109	88.6	141	79.7	250	83.3	0.104
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	8	6.5	24	13.6	32	10.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	6	4.9	12	6.8	18	6.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 98ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅಳೆಯುವ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 93.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿರುವುದು ಮತ್ತು ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುವ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 99

ವಿತರಣೆ–ಯಾವಾಗ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	27	22.0	92	52.0	119	39.7	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	57	46.3	66	37.3	123	41.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	39	31.7	19	10.7	58	19.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 99ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಯಾವಾಗ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 39.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 100

ವಿತರಣೆ–ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	8	6.5	26	14.7	34	11.3	0.010*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	57	46.3	94	53.1	151	50.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	58	47.2	57	32.2	115	38.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 100ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 50.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದು ಅತ್ಯಂತ ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 101

ವಿತರಣೆ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರಣಗಳು, ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಏನೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	56	45.5	106	59.9	162	54.0	0.040*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	23	18.7	28	15.8	51	17.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	44	35.8	43	24.3	87	29.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 101ರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರಣಗಳು, ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಏನೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಶೇಕಡ 17.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 102

ವಿತರಣೆ-ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾದ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	39	31.7	65	36.7	104	34.7	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	28	22.8	76	42.9	104	34.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	56	45.5	36	20.3	92	30.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 102ರಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾದ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 34.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದು ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ನೀಡಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-103

ವಿತರಣೆ-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಾರದಿರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	27	22.0	42	23.7	69	23.0	0.280
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	47	38.2	80	45.2	127	42.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	49	39.8	55	31.1	104	34.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 103ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಾರದಿರುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 42.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 104

ವಿತರಣೆ-ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ವಾಸಸ್ಥಳದಿಂದ ದೂರವಿರುವುದು -ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	48	39.0	73	41.2	121	40.3	0.021*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	27	22.0	59	33.3	86	28.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	48	39.0	45	25.4	93	31.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 104ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೂ ವಾಸಸ್ಥಳದಿಂದ ದೂರವಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 40.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಸಂಗತಿಯೂ ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 105

ವಿತರಣೆ–ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತತೆ ಇಲ್ಲದಿವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	57	46.3	99	55.9	156	52.0	0.016*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	15	12.2	32	18.1	47	15.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	51	41.5	46	26.0	97	32.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 105ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 106

ವಿತರಣೆ–ತುಂಬಾ ಚಳಿ/ಸೆಖೆಯ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಇರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	21	17.1	44	24.9	65	21.7	0.237
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	68	55.3	93	52.5	161	53.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	34	27.6	40	22.6	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 106ರಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಚಳಿ ಮತ್ತು ಶೆಖೆ ಇರುವ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ.53.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 107

ವಿತರಣೆ-ರುಚಿಯಿಲ್ಲದ, ತಣ್ಣನೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	47	38.2	72	40.7	119	39.7	0.019*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	39	31.7	75	42.4	114	38.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	37	30.1	30	16.9	67	22.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 107ರಲ್ಲಿ ರುಚಿಯಿಲ್ಲದ ತಣ್ಣನೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 39.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 108

ವಿತರಣೆ-ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	53	43.1	115	65.0	168	56.0	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	22	17.9	22	12.4	44	14.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	48	39.0	40	22.6	88	29.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 108ರಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ನಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದು ಇದೆಯೆಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ರೋಗಿ–ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಬಂಧ

ಕೋಷ್ಟಕ 109

ವಿತರಣೆ–ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದ್ದಾಗ ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	33	26.8	64	36.2	97	32.3	0.152
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	65	52.8	88	49.7	153	51.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	25	20.3	25	14.1	50	16.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 109ರಲ್ಲಿ ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದಾಗ ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತಮಗೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 110

ವಿತರಣೆ–ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದ್ದಾಗ ವೈದ್ಯರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	51	41.5	87	49.2	138	46.0	0.410
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	59	48.0	75	42.4	134	44.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	13	10.6	15	8.5	28	9.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 110ರಲ್ಲಿ ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದಾಗ ವೈದ್ಯರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 111

ವಿತರಣೆ-ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಸೇರಿದಂತೆ ಅಪರಿಚಿತರಿಂದ ಆರೈಕೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	47	38.2	63	35.6	110	36.7	0.200
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	53	43.1	92	52.0	145	48.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	23	18.7	22	12.4	45	15.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 111ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಸೇರಿದಂತೆ ಅಪರಿಚಿತರಿಂದ ಹಾರೈಕೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇಕಡ 36.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 112

ವಿತರಣೆ-ವಾರ್ಡಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆತುರ ಮಾಡುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	64	52.0	92	52.0	156	52.0	0.933
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	46	37.4	64	36.2	110	36.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	13	10.6	21	11.9	34	11.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 112ರಲ್ಲಿ ವಾರ್ಡಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆತುರ ಮಾಡುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 113

ವಿತರಣೆ–ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	62	50.4	89	50.3	151	50.3	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	29	23.6	69	39.0	98	32.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	32	26.0	19	10.7	51	17.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 113ರಲ್ಲಿ ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಡಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 50.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮೇಲಿನ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ತಮಗೆ ಅಧಿಕ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಸಂಗತಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 114

ವಿತರಣೆ–ವೈದ್ಯರು/ ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಅರ್ಥವಾಗದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾತನಾಡುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	69	56.1	135	76.3	204	68.0	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	12	9.8	14	7.9	26	8.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	42	34.1	28	15.8	70	23.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 114ರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಅರ್ಥವಾಗದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾತನಾಡುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 68.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅರ್ಥವಾಗದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 115

ವಿತರಣೆ–ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ನೋವುನಿವಾರಕ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಾಗದಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	44	35.8	69	39.0	113	37.7	0.651
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	57	46.3	83	46.9	140	46.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	22	17.9	25	14.1	47	15.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 115ರಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಔಷಧಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ವಾರ್ಡ್ನ ಪರಿಸರ

ಕೋಷ್ಟಕ 116

ವಿತರಣೆ–ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅದೇ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತರು ಮಲಗಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	57	46.3	88	49.7	145	48.3	0.269
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	19	15.4	51	28.8	70	23.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	47	38.2	38	21.5	85	28.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 116ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅನೇಕ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತರು ಮಲಗಿರುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 117

ವಿತರಣೆ– ಅಪರಿಚಿತ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	57	46.3	88	49.7	145	48.3	0.002*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	19	15.4	51	28.8	70	23.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	47	38.2	38	21.5	85	28.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 117ರಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚತ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಪರಿಚಿತ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಅಂಶ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 118

ವಿತರಣೆ–ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	81	65.9	137	77.4	218	72.7	0.086
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	16	13.0	16	9.0	32	10.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	26	21.1	24	13.6	50	16.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 118ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 72.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ತಮಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 119

ವಿತರಣೆ- ಸ್ನಾನಮಾಡಲು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಸಹಾಹ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	48	39.0	76	42.9	124	41.3	0.147
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	46	37.4	75	42.4	121	40.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	29	23.6	26	14.7	55	18.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 119ರಲ್ಲಿ ಸ್ನಾನ ಮಾಡಲು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಅವಲಂಬನೆ ಪಡೆಯುವುದು ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 120

ವಿತರಣೆ-ಇಡೀ ದಿನ ಒಂದೇ ಕೊಠಡಿ, ಅದೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	51	41.5	85	48.0	136	45.3	0.526
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	47	38.2	59	33.3	106	35.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	25	20.3	33	18.6	58	19.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 120ರಲ್ಲಿ ಇಡೀ ದಿನ ಒಂದೇ ಕೊಠಡಿ, ಅದೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಒಂದೇ ಕೊಠಡಿ ಅದೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 121

ವಿತರಣೆ–ಪಕ್ಕದ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿ ಇರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	15	12.2	33	18.6	48	16.0	
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	65	52.8	88	49.7	153	51.0	0.322
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	43	35.0	56	31.6	99	33.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 121ರಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿ ಇರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 122

ವಿತರಣೆ–ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಭೇಟಿಮಾಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಕರು ಬರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	21	17.1	34	19.2	55	18.3	
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	47	38.2	95	53.7	142	47.3	0.006*
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	55	44.7	48	27.1	103	34.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 122ರಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಕರು ಬರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ದಾಗ ಶೇಕಡ 47.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 123

ವಿತರಣೆ–ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನಲ್ಲಿ ತಡೆಯಲಸಾಧ್ಯವಾದ ವಾಸನೆಗಳ ಅರಿವಾಗುತ್ತಿರುವುದು– ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	58	47.2	75	42.4	133	44.3	0.117
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	33	26.8	67	37.9	100	33.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	32	26.0	35	19.8	67	22.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 123ರಲ್ಲಿ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲು ತಡೆಯಲು ಅಸಾಧ್ಯವಾದ ವಾಸನೆಗಳು ಬರುತ್ತಿರುವುದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಾಸನೆಯಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಮೂಡಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 124

ವಿತರಣೆ–ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯು ಸ್ನೇಹಪರವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	26	21.1	33	18.6	59	19.7	0.506
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	59	48.0	97	54.8	156	52.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	38	30.9	47	26.6	85	28.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 124ರಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯು ಸ್ನೇಹಪರವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇಕಡ 19.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾತ್ರ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 125

ವಿತರಣೆ–ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಖರ್ಚಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದಷ್ಟು ಹಣ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	83	67.5	128	72.3	211	70.3	0.011*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	8	6.5	24	13.6	32	10.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	32	26.0	25	14.1	57	19.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 125ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಖರ್ಚಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದಷ್ಟು ಹಣವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 70.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ವಿಶೇಷ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಉದ್ಭವ

ಕೋಷ್ಟಕ 126

ವಿತರಣೆ–ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	78	63.4	121	68.4	199	66.3	0.658
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	20	16.3	26	14.7	46	15.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	25	20.3	30	16.9	55	18.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 126ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ತಮಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 66.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 127

ವಿತರಣೆ- ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರಹೋದ ನಂತರ ಇತರರು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನನ್ನು ಕಾಣಬಹುದೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ- ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	23	18.7	68	38.4	91	30.3	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	55	44.7	65	36.7	120	40.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	45	36.6	44	24.9	89	29.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 127ರಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರ ಹೋದನಂತರ ಇತರರು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನನ್ನು ಕಾಣಬಹುದೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 30.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 128

ವಿತರಣೆ-ತಪಾಸಣಾ ಕ್ರಿಯೆಗಳು/ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇವುಗಳ ಕಾರಣ ನೋವು ಬರಬಹುದೆಂಬ ಆಲೋಚನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	61	49.6	119	67.2	180	60.0	0.009*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	21	17.1	20	11.3	41	13.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	41	33.3	38	21.5	79	26.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 128ರಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣಾ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇವುಗಳ ಕಾರಣದಿಂದ ನೋವು ಬರಬಹುದು ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆಯು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 60.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಅಂಶದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 129

ವಿತರಣೆ–ಔಷಧ ಸೇವನೆ ಅಹಿತ ಎನಿಸುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	54	43.9	85	48.0	139	46.3	0.097
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	44	35.8	72	40.7	116	38.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	25	20.3	20	11.3	45	15.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 129ರಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಸೇವನೆಯು ಅಹಿತ ಎನಿಸುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 130

ವಿತರಣೆ–ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸ/ಆದಾಯ
ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಂತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	6	4.9	27	15.3	33	11.0	0.003*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	70	56.9	107	60.5	177	59.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	47	38.2	43	24.3	90	30.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 130ರಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸ ಮತ್ತು ಆದಾಯ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಂತೆ ರೋಗಿಗೆ ಹೇಗೆ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ತಮಗೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 131

ವಿತರಣೆ–ಔಷಧಿಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	58	47.2	117	66.1	175	58.3	0.004*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	32	26.0	32	18.1	64	21.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	33	26.8	28	15.8	61	20.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 131ರಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 58.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 132

ವಿತರಣೆ–ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿದುಬರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	69	56.1	124	70.1	193	64.3	0.025*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	27	22.0	32	18.1	59	19.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	27	22.0	21	11.9	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 132ರಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕೆಂಬುದು ತಿಳಿದುಬರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇ.64.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 133

ವಿತರಣೆ-ಏಕಾಏಕಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದದ್ದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	84	68.3	124	70.1	208	69.3	0.503
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	16	13.0	28	15.8	44	14.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	23	18.7	25	14.1	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 133ರಲ್ಲಿ ಏಕಾಏಕಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದದ್ದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 69.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಅಂಶದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 134

ವಿತರಣೆ-ನಳಿಕೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ -ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	43	35.0	93	52.5	136	45.3	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	50	40.7	65	36.7	115	38.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	30	24.4	19	10.7	49	16.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 134ರಲ್ಲಿ ಗಳಿಕೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ರೋಗಿಗೆ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ನಳಿಕೆ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದು ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 135

ವಿತರಣೆ–ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸಿದರೂ ನೋವು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	47	38.2	79	44.6	126	42.0	0.512
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	56	45.5	70	39.5	126	42.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	20	16.3	28	15.8	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 135ರಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸಿದರೂ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗದಿರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇ.42.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರುವುದನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 136

ವಿತರಣೆ–ಅಂಗ ಊನನಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆತಂಕ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	5	4.1	14	7.9	19	6.3	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	59	48.0	18	10.2	77	25.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	59	48.0	145	81.9	204	68.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 136ರಲ್ಲಿ ಅಂಗ ಊನವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆತಂಕ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇ.68.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 137

ವಿತರಣೆ-ದೇಹದ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಂಗ ಒಂದನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಚಿಂತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	63	51.2	68	38.4	131	43.7	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	20	16.3	68	38.4	88	29.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	40	32.5	41	23.2	81	27.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 137ರಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಂಗ ಒಂದನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಚಿಂತೆ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 138

ವಿತರಣೆ-ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರಬಹುದೆಂಬ ಚಿಂತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	102	82.9	144	81.4	246	82.0	0.818
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	8	6.5	15	8.5	23	7.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	13	10.6	18	10.2	31	10.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 138ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರಬಹುದೆಂಬ ಚಿಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 82.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರಬಹುದೆಂಬ ಚಿಂತೆಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 139

ವಿತರಣೆ- ಅಪರಿಚಿತ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಸುತ್ತಮುತ್ತ ಇರುವುದು-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	15	12.2	23	13.0	38	12.7	0.974
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	61	49.6	86	48.6	147	49.0	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	47	38.2	68	38.4	115	38.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 139ರಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಸುತ್ತಮುತ್ತಯಿರುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 49.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 140

ವಿತರಣೆ-ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ದೂರವಿರುವುದರ ಚಿಂತೆ -ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	27	22.0	60	33.9	87	29.0	0.009*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	42	34.1	68	38.4	110	36.7	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	54	43.9	49	27.7	103	34.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 140ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ದೂರವಿರುವುದರ ಚಿಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕ.36.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡವಿರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 141

ವಿತರಣೆ–ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳು/ರಜಾದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವುದು–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ	59	48.0	84	47.5	143	47.7	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ	30	24.4	70	39.5	100	33.3	
ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ	34	27.6	23	13.0	57	19.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 141ರಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳು ಮತ್ತು ರಜಾದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆ

ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 142

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸ/ವೇತನ ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	89	72.4	116	65.5	205	68.3	0.207
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	22	17.9	47	26.6	69	23.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	12	9.8	14	7.9	26	8.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 142ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸ ಅಥವಾ ವೇತನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ

ಶೇಕಡ 68.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರತರ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 143

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ದೇವಸ್ಥಾನ/ನಾಟಿವೈದ್ಯಚಿಕಿತ್ಸೆ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	67	54.5	119	67.2	186	62.0	0.070
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	38	30.9	42	23.7	80	26.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	18	14.6	16	9.0	34	11.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 143ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ದೇವಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ನಾಟಿವೈದ್ಯರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇ.62.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 144

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	59	48.0	115	65.0	174	58.0	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	39	31.7	51	28.8	90	30.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	25	20.3	11	6.2	36	12.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 144ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ಅವರ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ

ಶೇಕಡ 58.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಷಯದಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 145

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಸಾಲ ಮಾಡಿದ್ದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	67	54.5	109	61.6	176	58.7	0.110
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	36	29.3	53	29.9	89	29.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	20	16.3	15	8.5	35	11.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 145ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಾಲ ಮಾಡಿದ್ದರಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ರೋಗಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 58.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 146

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮುಂದೂಡಿದ ಕಾರಣ ಆರ್ಥಿಕಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	48	39.0	94	53.1	142	47.3	0.034*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	46	37.4	57	32.2	103	34.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	29	23.6	26	14.7	55	18.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 146ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮುಂದೂಡಿದ ಕಾರಣ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 147

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬಿದ್ದಿರುವ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	7	5.7	18	10.2	25	8.3	0.024*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	79	64.2	128	72.3	207	69.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	37	30.1	31	17.5	68	22.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 147ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬಿದ್ದಿರುವ ಹೊರೆ ಯಾವ ರೀತಿಯದ್ದು ಎಂದು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 69.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 148

ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯಕಾರಣ ಮನೆಕೆಲಸಗಳ
ವ್ಯತ್ಯಯವಾದ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	58	47.2	108	61.0	166	55.3	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	24	19.5	50	28.2	74	24.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	41	33.3	19	10.7	60	20.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 148ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಮನೆ ಕೆಲಸಗಳು ವ್ಯತ್ಯಯವಾದ ಹೊರೆ ಯಾವ ರೀತಿ ರೋಗಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 55.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 149

ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಮಯ ಮೀಸಲಿನ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	55	44.7	105	59.3	160	53.3	0.002*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	33	26.8	50	28.2	83	27.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	35	28.5	22	12.4	57	19.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 149ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಹಾರೈಕೆಗೆ ಸಮಯ ಮೀಸಲಿನ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 53.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 150

ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	8	6.5	20	11.3	28	9.3	0.100
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	69	56.1	109	61.6	178	59.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	46	37.4	48	27.1	94	31.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 150ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯಿಂದ ಉಂಟಾದ ಹೊರೆ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 151

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ನಿರ್ಲಕ್ಷದಿಂದಾದ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	62	50.4	105	59.3	167	55.7	0.010*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	28	22.8	49	27.7	77	25.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	33	26.8	23	13.0	56	18.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 151ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 55.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 152

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ವಿರಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆದ ಬದಲಾವಣೆಯಿಂದಾದ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	57	46.3	99	55.9	156	52.0	0.004*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	36	29.3	60	33.9	96	32.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	30	24.4	18	10.2	48	16.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 152ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ವಿರಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆದ ಬದಲಾವಣೆ ಗಳು ಯಾವ ರೀತಿ ರೋಗಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 153

ಮನರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಆಗಿರುವ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	66	53.7	91	51.4	157	52.3	0.004*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	30	24.4	68	38.4	98	32.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	27	22.0	18	10.2	45	15.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 153ರಲ್ಲಿ ಮನರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಇದರಿಂದ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದೆ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸುವ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 154

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ರಜೆ, ಬಿಡುವಿನ ಸಮಯದ ಮೇಲಿನ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	48	39.0	97	54.8	145	48.3	0.005*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	40	32.5	54	30.5	94	31.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	35	28.5	26	14.7	61	20.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 154ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ರಜೆ ಬಿಡುವಿನ ಸಮಯವು ರೋಗಿಗೆ ಮೀಸಲಿಡುವುದರಿಂದ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3.ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಅಂಶದಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 155

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ/ಪ್ರವಾಸ ಇವುಗಳಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಬಿದ್ದ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	62	50.4	90	50.8	152	50.7	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	27	22.0	67	37.9	94	31.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	34	27.6	20	11.3	54	18.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 155ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಪ್ರವಾಸ ಇವುಗಳಿಲ್ಲದೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 50.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕ 156

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಮನೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಮೇಲಿನ ಪರಿಣಾಮದ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	8	6.5	42	23.7	50	16.7	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	65	52.8	79	44.6	144	48.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	50	40.7	56	31.6	106	35.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 156ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಮನೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿರುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತಮಗೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 157

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ವಾಗ್ವಾದದ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	19	15.4	46	26.0	65	21.7	0.020*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	51	41.5	79	44.6	130	43.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	53	43.1	52	29.4	105	35.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 157ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ವಾಗ್ವಾದಗಳು ನಡೆದಿರುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತಮಗೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 158

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಸಂಬಂಧಿಕರು/ನೆರೆಹೊರೆಯವರು
ಭೇಟಿ ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ಕಾರಣ ಹೊರೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	61	49.6	68	38.4	129	43.0	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	14	11.4	63	35.6	77	25.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	48	39.0	46	26.0	94	31.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 158ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ನೆರೆಹೊರೆಯವರು ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ಕಾರಣವು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಘ ಶೇಕಡ 43.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿರುವುದು ವೇದ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 159

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ, ಬೇರೆಯವರು ತಪ್ಪು ತಿಳಿದಾರೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ ಇವುಗಳ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	51	41.5	73	41.2	124	41.3	0.023*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	25	20.3	58	32.8	83	27.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	47	38.2	46	26.0	93	31.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 159ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಮತ್ತು ಬೇರೆಯವರು ತಪ್ಪು ತಿಳಿದಾರೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆಗಳು ರೋಗಿಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಯಾವ ರೀತಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 160

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು/ನೆರೆಹೊರೆಯವರು/ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಇವರಲ್ಲಿ ಹದಗೆಟ್ಟ ಸಂಬಂಧಗಳ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	21	17.1	49	27.7	70	23.3	0.008*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	52	42.3	84	47.5	136	45.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	50	40.7	44	24.9	94	31.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 160ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಮತ್ತು ನೆರೆಹೊರೆಯವರ ಹಾಗೂ ಸಂಬಂಧಿಕರಲ್ಲಿ ಹದಗೆಟ್ಟ ಸಂಬಂಧಗಳು ಯಾವ ರೀತಿ ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 161

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಉಂಟಾದ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	16	13.0	19	10.7	35	11.7	0.015*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	51	41.5	103	58.2	154	51.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	56	45.5	55	31.1	111	37.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 161ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಯಾವ ರೀತಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ ಉಂಟಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 162

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಭೌತಿಕ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹೊರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	32	26.0	34	19.2	66	22.0	0.000*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	41	33.3	102	57.6	143	47.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	50	40.7	41	23.2	91	30.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 162ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಭೌತಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸಿಲುಕಿರುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ

ದಾಗ ಶೇಕಡ 47.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 163

ರೋಗಿಯ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಪ್ರಯತ್ನ/ ಅವಿಧೇಯತೆಯಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಉಂಟಾದ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	10	8.1	15	8.5	25	8.3	0.043*
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	66	53.7	118	66.7	184	61.3	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	47	38.2	44	24.9	91	30.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 163ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಹಾಗೂ ಅವಿಧೇಯತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಉಂಟಾದ ತೊಂದರೆಗಳು ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 61.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 164

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ನಿದ್ರೆ, ಕಿರಿಕಿರಿ, ಖಿನ್ನತೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಆತ್ಯಹತ್ಯೆಯ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	5	4.1	9	5.1	14	4.7	0.494
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	86	69.9	132	74.6	218	72.7	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	32	26.0	36	20.3	68	22.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 164ಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ನಿದ್ರಾಭಂಗ, ಕಿರಿಕಿರಿ, ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವ ಸಂಗತಿಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಯಾವ ರೀತಿ

ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 72.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 165

ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಇತರೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹೊರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತೀವ್ರ ಹೊರೆ	1	0.8	0	0.0	1	0.3	0.567
ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ	109	88.6	146	82.5	255	85.0	
ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ	13	10.6	31	17.5	44	14.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 165ರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಯಾವ ರೀತಿ ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 85.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣವು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

5. ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಮಾಪಕ(ಕುಟುಂಬಗಳು)

ಕೋಷ್ಟಕ 166

ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಸಿಗುತ್ತದೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	99	80.5	143	80.8	242	80.7	0.449
ಇಲ್ಲ	8	6.5	17	9.6	25	8.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	16	13.0	17	9.6	33	11.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 166ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲವು ಅವರ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ಸಿಗುವುದು ಯಾವ ರೀತಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 807ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದಿಂದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 167

ಕುಟುಂಬದ ಒಳಿತಿಗಾಗಿ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಉಪಾಯಗಳು ಹೊಳೆದಿವೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	61	49.6	84	47.5	145	48.3	0.001*
ಇಲ್ಲ	18	14.6	56	31.6	74	24.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	44	35.8	37	20.9	81	27.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 167ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಒಳಿತಿಗಾಗಿ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಉಪಾಯಗಳು ಯಾವ ರೀತಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–168

ನನಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	22	17.9	64	36.2	86	28.7	
ಇಲ್ಲ	54	43.9	64	36.2	118	39.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	47	38.2	49	27.7	96	32.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 168ರಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವು ಯಾವ ರೀತಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 39.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಮಗೆ ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದೆಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–169

ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಮನಬಿಚ್ಚಿ ಮಾತನಾಡಿದಾಗ, ಅದು ಅವರಿಗೆ ಅನಾನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	35	28.5	72	40.7	107	35.7	0.063
ಇಲ್ಲ	38	30.9	52	29.4	90	30.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	50	40.7	53	29.9	103	34.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 169ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಮನಬಿಚ್ಚಿ ಮಾತನಾಡಿದಾಗ ಅದು ಅವರಿಗೆ ಅನಾನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದ ಎಂಬ ರೋಗಿಯ ಭಾವನೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಕುಟುಂಬದ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 35.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಬೆಂಬಲವು ತಮಗೆ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 170

ನನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದು, ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	63	51.2	103	58.2	166	55.3	0.309
ಇಲ್ಲ	12	9.8	20	11.3	32	10.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	54	30.5	102	34.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 170ರಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಹರ್ಷವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 55.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೌದು ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಈ ವಿಷಯ ಕುಟುಂಬದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 171

ನನ್ನ ಬಹುತೇಕ ಆಸಕ್ತಿ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	46	37.4	93	52.5	139	46.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	19	15.4	50	28.2	69	23.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	58	47.2	34	19.2	92	30.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 171ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಬಹುತೇಕ ಆಸಕ್ತಿ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಯು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅನೇಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–172

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ ನನ್ನ ಸಲಹೆಗಾಗಿ ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	64	52.0	89	50.3	153	51.0	0.481
ಇಲ್ಲ	25	20.3	46	26.0	71	23.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	34	27.6	42	23.7	76	25.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 172ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ ನನ್ನ ಸಲಹೆಗಾಗಿ ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಹೌದು ಎಂಬ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-173

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	69	56.1	124	70.1	193	64.3	0.005*
ಇಲ್ಲ	18	14.6	28	15.8	46	15.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	36	29.3	25	14.1	61	20.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 173ರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ರೋಗಿಯ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 64.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಅವಲಂಬನೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 174

ನನಗೆ ಬೇಜಾರು ಆಗಿರುವ ಕುರಿತು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುವುದಿಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	29	23.6	62	35.0	91	30.3	0.001*
ಇಲ್ಲ	38	30.9	70	39.5	108	36.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	45	25.4	101	33.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 174ರಲ್ಲಿ ತನಗೆ ಬೇಜಾರಾಗಿರುವ ಕುರಿತು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ.36.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಕುರಿತಂತೆ ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 175

ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	53	43.1	69	39.0	122	40.7	0.263
ಇಲ್ಲ	29	23.6	57	32.2	86	28.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	41	33.3	51	28.8	92	30.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 175ರಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 40.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರು ವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–176

ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು–ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಇದೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	76	61.8	101	57.1	177	59.0	0.715
ಇಲ್ಲ	19	15.4	31	17.5	50	16.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	28	22.8	45	25.4	73	24.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 176ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಇದೆಯೆಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು, ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಇದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 177

ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	59	48.0	94	53.1	153	51.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	19	15.4	54	30.5	73	24.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	45	36.6	29	16.4	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 177ರಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಘ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–178

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಬಳಿ ಬರುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	58	47.2	98	55.4	156	52.0	0.031*
ಇಲ್ಲ	18	14.6	36	20.3	54	18.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	47	38.2	43	24.3	90	30.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 178ರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಬಳಿ ಬರುತ್ತಾರೆಂಬ ರೋಗಿಯ ಹೇಳಿಕಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 179

ಕುಟುಂಬದ ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಆಳವಾದ ವಿಚಾರವಿನಿಮಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	42	34.1	59	33.3	101	33.7	0.919
ಇಲ್ಲ	41	33.3	63	35.6	104	34.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	40	32.5	55	31.1	95	31.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 179ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೇನೆಂಬ ರೋಗಿಯ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 34.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–180

ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಒಳ್ಳೆಯ ಆಲೋಚನೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	55	44.7	81	45.8	136	45.3	0.508
ಇಲ್ಲ	17	13.8	32	18.1	49	16.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	51	41.5	64	36.2	115	38.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 180ರಲ್ಲಿ ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಒಳ್ಳೆಯ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಂಬ ರೋಗಿಯ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಒಳ್ಳೆಯ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 181

ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನನಗೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುತ್ತದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	11	8.9	33	18.6	44	14.7	0.057
ಇಲ್ಲ	62	50.4	75	42.4	137	45.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	50	40.7	69	39.0	119	39.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 181ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನನಗೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಹಿತವೆನಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 182

ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಒಡನಾಟದಿಂದ ದೂರವಿರಬಯಸುತ್ತಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	29	23.6	41	23.2	70	23.3	0.467
ಇಲ್ಲ	42	34.1	72	40.7	114	38.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	64	36.2	116	38.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 182ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಒಡನಾಟದಿಂದ ದೂರವಿರಬಯಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 38.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಒಡನಾಟದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ದೂರವಿರಬಯಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 183

ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನು ಸಹಾಯಮಾಡಬಲ್ಲೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	57	46.3	80	45.2	137	45.7	0.009*
ಇಲ್ಲ	26	21.1	62	35.0	88	29.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	40	32.5	35	19.8	75	25.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 183ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಲ್ಲೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಾನು ಪರಿಹರಿಸಬಲ್ಲೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 184

ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆಯವರು ಹೊಂದಿರುವ ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	32	26.0	48	27.1	80	26.7	0.148
ಇಲ್ಲ	43	35.0	78	44.1	121	40.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	51	28.8	99	33.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 184ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆಯವರು ಹೊಂದಿರುವ ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 60.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೇವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 185

ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ಇನ್ನೂ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕೆಂದು ಆಶಿಸುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	19	15.4	45	25.4	64	21.3	0.046*
ಇಲ್ಲ	58	47.2	85	48.0	143	47.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	46	37.4	47	26.6	93	31.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 185ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ಇನ್ನು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕೆಂದು ಆಶಿಸುವ ರೋಗಿಯ ಮನಸ್ಸನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇಲ್ಲ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ ಇದರಿಂದ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ರೋಗಿಯು ಆಶಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಮಾಪಕ

ಕೋಷ್ಟಕ 186

ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಿಗುತ್ತದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	67	54.5	110	62.1	177	59.0	0.002*
ಇಲ್ಲ	13	10.6	35	19.8	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	32	18.1	75	25.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 186ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಸಿಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 187

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	29	23.6	73	41.2	102	34.0	0.005*
ಇಲ್ಲ	46	37.4	56	31.6	102	34.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	48	27.1	96	32.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 187ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹವನ್ನು ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 34.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 188

ನನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	66	53.7	103	58.2	169	56.3	0.351
ಇಲ್ಲ	18	14.6	31	17.5	49	16.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	39	31.7	43	24.3	82	27.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 188ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹರ್ಷಪಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 56.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿದಾಗ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹರ್ಷ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 189

ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ/ಸಲಹೆಬೇಕೆಂದಾಗ ಕೆಲವು ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನೆಡೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	51	41.5	83	46.9	134	44.7	0.006*
ಇಲ್ಲ	28	22.8	59	33.3	87	29.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	44	35.8	35	19.8	79	26.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 189ರಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಬೇಕೆಂದಾಗ ಕೆಲವು ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನೆಡೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಬೇಕೆಂದಾಗ ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 190

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ/ಕೆಲವರು ನನ್ನ ಕುರಿತು ಅಸಮಧಾನ ಹೊಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದರೂ ಅದನ್ನು ನಾನು ಯಾರಿಗೂ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	21	17.1	53	29.9	74	24.7	0.030*
ಇಲ್ಲ	60	48.8	67	37.9	127	42.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	57	32.2	99	33.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 190ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರು ಅಥವಾ ಕೆಲವರು ನನ್ನ ಕುರಿತು ಅಸಮಾಧಾನ ಹೊಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದರು ಅದನ್ನು ನಾನು ಯಾರಿಗೂ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 42.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 191

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	60	48.8	83	46.9	143	47.7	0.717
ಇಲ್ಲ	25	20.3	43	24.3	68	22.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	38	30.9	51	28.8	89	29.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 191ರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 192

ಸ್ನೇಹಿತರ ಗುಂಪಿನಿಂದ ದೂರಸರಿಯುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬರುತ್ತಿದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	23	18.7	43	24.3	66	22.0	0.128
ಇಲ್ಲ	45	36.6	75	42.4	120	40.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	55	44.7	59	33.3	114	38.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 192ರಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತ ಗುಂಪಿನಿಂದ ದೂರ ಸರಿಯುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 40.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 193

ನನಗೆ ಬೇಜಾರಾದಾಗ ಅದನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡರೆ ಅದು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುವುದಿಲ್ಲ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	20	16.3	33	18.6	53	17.7	0.763
ಇಲ್ಲ	57	46.3	75	42.4	132	44.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	46	37.4	69	39.0	115	38.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 193ರಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಬೇಜಾರಾದಾಗ ಅದನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡರೆ ಅದು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 44.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–194

ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	51	41.5	80	45.2	131	43.7	0.115
ಇಲ್ಲ	24	19.5	47	26.6	71	23.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	50	28.2	98	32.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 194ರಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 195

ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	63	51.2	101	57.1	164	54.7	0.432
ಇಲ್ಲ	25	20.3	37	20.9	62	20.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	35	28.5	39	22.0	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 195ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಇದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 196

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	64	52.0	93	52.5	157	52.3	0.390
ಇಲ್ಲ	16	13.0	32	18.1	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	52	29.4	95	31.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 196ರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 197

ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	41	33.3	72	40.7	113	37.7	0.429
ಇಲ್ಲ	42	34.1	55	31.1	97	32.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	40	32.5	50	28.2	90	30.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 197ರಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 37.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ನೇಹಿತರು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯಕ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 198

ಅನೇಕ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆಳವಾದ ವಿಚಾರವಿನಿಮಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	46	37.4	67	37.9	113	37.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	29	23.6	74	41.8	103	34.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	36	20.3	84	28.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 198ರಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವಾಗಿ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 37.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥನೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 199

ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದು ಮಾಡಬಹುದೋ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	60	48.8	63	35.6	123	41.0	0.071
ಇಲ್ಲ	29	23.6	55	31.1	84	28.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	34	27.6	59	33.3	93	31.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 199ರಲ್ಲಿ ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದೋ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಉತ್ತಮ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ನೇಹಿತರು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ನನಗೋಸ್ಕರ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 200

ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನನಗೆ ಅಹಿತ ಎನಿಸುತ್ತದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	31	25.2	42	23.7	73	24.3	0.668
ಇಲ್ಲ	57	46.3	76	42.9	133	44.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	35	28.5	59	33.3	94	31.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 200ರಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನನಗೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ 201

ನಾನು ಸದಾ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	27	22.0	58	32.8	85	28.3	0.118
ಇಲ್ಲ	48	39.0	62	35.0	110	36.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	48	39.0	57	32.2	105	35.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 201ರಲ್ಲಿ ನಾನು ಸದಾ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 36.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಸದಾ ಇರಬೇಕೆಂಬ ಬಯಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 202

ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ಸಹಾಯ ಒದಗಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನನಗೆ ಅನಿಸುತ್ತದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	52	42.3	57	32.2	109	36.3	0.136
ಇಲ್ಲ	26	21.1	52	29.4	78	26.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	45	36.6	68	38.4	113	37.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 102ರಲ್ಲಿ ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಉತ್ತಮ ಸಹಾಯ ಒದಗಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನನಗೆ ಅನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 37.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಕುರಿತು ತಿರಸ್ಕರ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 203

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆ ಜನರು ಹೊಂದಿರುವಷ್ಟು ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	26	21.1	43	24.3	69	23.0	0.810
ಇಲ್ಲ	55	44.7	77	43.5	132	44.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	57	32.2	99	33.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 203ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆ ಜನರು ಹೊಂದಿರುವಷ್ಟು ಆತ್ಮೀಯತೆಯನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಯು ಶೇಕಡ 44.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 204

ಸ್ನೇಹಿತರಿಗಾಗಿ ಏನನ್ನಾದರೂ ಮಾಡಲೇಬೇಕು ಎಂಬ ಉಪಾಯ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನನಗೆ ಹೊಳೆದಿದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	68	55.3	72	40.7	140	46.7	0.021*
ಇಲ್ಲ	21	17.1	51	28.8	72	24.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	34	27.6	54	30.5	88	29.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 204ರಲ್ಲಿ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗಾಗಿ ಏನನ್ನಾದರೂ ಮಾಡಲೇಬೇಕು ಎಂಬ ಉಪಾಯ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೊಳೆದಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸ್ನೇಹಿತರಿಗಾಗಿ ಏನನ್ನಾದರೂ ಮಾಡಬೇಕೆಂಬ ಉಪಾಯ ಹೊಳೆದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 205

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಈಗಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	29	23.6	33	18.6	62	20.7	0.393
ಇಲ್ಲ	58	47.2	97	54.8	155	51.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	36	29.3	47	26.6	83	27.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 205ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಈಗಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುತ್ತೇನೆಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರು ಈಗಿರುವಂತೆಯೇ ಇರಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ

7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಭೌತಿಕ ದೇಹಾರೋಗ್ಯ

ಕೋಷ್ಟಕ 206

ನನಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಶಕ್ತಿಚೈತನ್ಯ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	67	54.5	82	46.3	149	49.7	0.006*
ಇಲ್ಲ	37	30.1	82	46.3	119	39.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	13	7.3	32	10.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 206ರಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಶಕ್ತಿಚೈತನ್ಯ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 49.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಮಗೆ ಚೈತನ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 207

ನಾನು ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	80	65.0	134	75.7	214	71.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	15	12.2	34	19.2	49	16.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	28	22.8	9	5.1	37	12.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 207ರಲ್ಲಿ ನಾನು ಅಸ್ವಸ್ಥತ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 71.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 208

ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಲ್ಲಿ
ನನಗೆ ತೊಂದರೆ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	43	35.0	90	50.8	133	44.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	31	25.2	57	32.2	88	29.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	49	39.8	30	16.9	79	26.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 208ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಲ್ಲಿ ನನಗೆ ತೊಂದರೆ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ತೊಂದರೆ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ 209

ನನಗೆ ನೋವು ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	60	48.8	96	54.2	156	52.0	0.131
ಇಲ್ಲ	32	26.0	53	29.9	85	28.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	31	25.2	28	15.8	59	19.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 209ರಲ್ಲಿ ನನಗೆ ನೋವು ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ನೋವು ಇರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 210

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಚಿಂತೆ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	64	52.0	93	52.5	157	52.3	0.071
ಇಲ್ಲ	28	22.8	56	31.6	84	28.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	31	25.2	28	15.8	59	19.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 210ರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಚಿಂತೆ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 211

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾನು ರೋಗಿಯಂತೆ ಕಾಣುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	34	27.6	76	42.9	110	36.7	0.019*
ಇಲ್ಲ	49	39.8	61	34.5	110	36.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	40	32.5	40	22.6	80	26.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 211ರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾನು ರೋಗಿಯಂತೆ ಕಾಣುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 36.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ–212

ನಾನು ಬಲವಂತವಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದು ಕಾಲ ತಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	34	27.6	81	45.8	115	38.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	47	38.2	75	42.4	122	40.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	21	11.9	63	21.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 212ರಲ್ಲಿ ನಾನು ಬಲವಂತವಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದು ಕಾಲ ತಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 340.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆದಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ/ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸೌಖ್ಯ

ಕೋಷ್ಟಕ 213

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ದೂರವಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ನನಗೆ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	26	21.1	29	16.4	55	18.3	0.064
ಇಲ್ಲ	45	36.6	89	50.3	134	44.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	59	33.3	111	37.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 213ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ದೂರವಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ನನಗೆ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಭಾವನೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 214

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	56	45.5	96	54.2	152	50.7	0.228
ಇಲ್ಲ	30	24.4	42	23.7	72	24.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	37	30.1	39	22.0	76	25.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 214ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 50.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 215

ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	51	41.5	90	50.8	141	47.0	0.123
ಇಲ್ಲ	35	28.5	51	28.8	86	28.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	37	30.1	36	20.3	73	24.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 215ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೇವೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 216

ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದೆ – ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	100	81.3	149	84.2	249	83.0	0.291
ಇಲ್ಲ	7	5.7	14	7.9	21	7.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	16	13.0	14	7.9	30	10.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 216ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 83.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 217

ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸಂವಹನವು ಬಹಳ ಕಳಪೆಯಾಗಿದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	24	19.5	37	20.9	61	20.3	0.007*
ಇಲ್ಲ	48	39.0	96	54.2	144	48.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	51	41.5	44	24.9	95	31.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 217ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸಂವಹನವು ಬಹಳ ಕಳಪೆಯಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೇಕಡ 48.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸಂವಹನವು ಕಳಪೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–218

ನನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆತ್ಮೀಯತೆಯಿಂದ ಇದ್ದೇನೆ ಎನಿಸುತ್ತದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	103	83.7	122	68.9	225	75.0	0.014*
ಇಲ್ಲ	13	10.6	36	20.3	49	16.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	7	5.7	19	10.7	26	8.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 218ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆತ್ಮೀಯತೆಯಿಂದ ಇದ್ದೇನೆ ಎನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 75.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಗಾತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಆತ್ಮೀಯವಾಗಿರ ಇರುವುದಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 219

ನನ್ನ ಲೈಂಗಿಕ ಜೀವನದ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	94	76.4	131	74.0	225	75.0	0.217
ಇಲ್ಲ	22	17.9	26	14.7	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	7	5.7	20	11.3	27	9.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 219ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಲೈಂಗಿಕ ಜೀವನ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 75.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತೃಪ್ತಿ ಇರುವುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 220

ನನಗೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	100	81.3	142	80.2	242	80.7	0.962
ಇಲ್ಲ	12	9.8	19	10.7	31	10.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	11	8.9	16	9.0	27	9.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 220ರಲ್ಲಿ ನನಗೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸ ಇದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 80.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 221

ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಾರೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	52	42.3	77	43.5	129	43.0	0.306
ಇಲ್ಲ	48	39.0	78	44.1	126	42.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	23	18.7	22	12.4	45	15.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 221ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯ

ಕೋಷ್ಟಕ 222

ನಾನು ದುಃಖ ಅನುಭವಿಸಿದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	64	52.0	107	60.5	171	57.0	0.003*
ಇಲ್ಲ	21	17.1	44	24.9	65	21.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	38	30.9	26	14.7	64	21.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 222ರಲ್ಲಿ ನಾನು ದುಃಖ ಅನುಭವಿಸಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 57.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಾವು ದುಃಖ ಅನುಭವಿಸಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿ ಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 223

ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ನಾನು ಹೊರಬಂದ ರೀತಿ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಮ್ಮೆಪಡುತ್ತೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	33	26.8	35	19.8	68	22.7	0.089
ಇಲ್ಲ	47	38.2	90	50.8	137	45.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	52	29.4	95	31.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 223ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ನಾನು ಹೊರಬಂದ ರೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಮ್ಮೆ ಪಡುತ್ತೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಶೇಕಡ 46.7ರಷ್ಟು ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 224

ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧದ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎನಿಸುತ್ತದೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	60	48.8	93	52.5	153	51.0	0.814
ಇಲ್ಲ	33	26.8	44	24.9	77	25.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	30	24.4	40	22.6	70	23.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 224ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧದ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇವೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 225

ನಾನು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಗಾಗಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	54	43.9	103	58.2	157	52.3	0.002*
ಇಲ್ಲ	26	21.1	43	24.3	69	23.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	31	17.5	74	24.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 225ರಲ್ಲಿ ನಾನು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದುಗ ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 226

ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಚಿಂತಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	59	48.0	83	46.9	142	47.3	0.201
ಇಲ್ಲ	31	25.2	59	33.3	90	30.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	33	26.8	35	19.8	68	22.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 226ರ ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಚಿಂತಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 47.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿತರಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯ

ಕೋಷ್ಟಕ–227

ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥನಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	38	30.9	71	40.1	109	36.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	47	38.2	89	50.3	136	45.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	38	30.9	17	9.6	55	18.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 227ರಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥನಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಶೇಕಡ 45.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಾನು ಸಮರ್ಥನಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 228

ನನ್ನ ಕೆಲಸ ಪೂರೈಸಲಾಗಿದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	43	35.0	79	44.6	122	40.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	42	34.1	79	44.6	121	40.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	38	30.9	19	10.7	57	19.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 228ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕೆಲಸ ಪೂರೈಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೋಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 40.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಮ್ಮ ಕೆಲಸ ಪೂರೈಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 229

ಅನುಕ್ಷಣದ ಜೀವನವನ್ನು ನಾನು ಅನುಭವಿಸಲು ಶಕ್ತನಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	33	26.8	40	22.6	73	24.3	0.244
ಇಲ್ಲ	41	33.3	76	42.9	117	39.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	49	39.8	61	34.5	110	36.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 229ರಲ್ಲಿ ಅನುಕ್ಷಣದ ಜೀವನವನ್ನು ನಾನು ಅನುಭವಿಸಲು ಶಕ್ತನಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 39.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ನಾನು ಶಕ್ತನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 230

ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	85	69.1	146	82.5	231	77.0	0.022*
ಇಲ್ಲ	16	13.0	15	8.5	31	10.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	22	17.9	16	9.0	38	12.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 230ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 77.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವರು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 231

ನಾನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	53	43.1	69	39.0	122	40.7	0.371
ಇಲ್ಲ	48	39.0	83	46.9	131	43.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	22	17.9	25	14.1	47	15.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 231ರಲ್ಲಿ ನಾನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 43.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಾವು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 232

ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	38	30.9	52	29.4	90	30.0	0.811
ಇಲ್ಲ	38	30.9	61	34.5	99	33.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	47	38.2	64	36.2	111	37.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 232ರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 33.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 233

ಇಲ್ಲಿರುವ ನನ್ನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕುರಿತು

ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	34	27.6	55	31.1	89	29.7	0.304
ಇಲ್ಲ	33	26.8	57	32.2	90	30.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	56	45.5	65	36.7	121	40.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 233ರಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿರುವ ನನ್ನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿಯಿದೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 33.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮಗೆ ತೃಪ್ತಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

8. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಲ್ಯಾಣ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗ

ಕೋಷ್ಟಕ 234

ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗ ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	99	80.5	84	47.5	183	61.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	24	19.5	93	52.5	117	39.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 234ರಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗ ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 61.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವಿಭಾಗವಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದುಗ ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 235

ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	56	45.5	117	66.1	173	57.7	0.001*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	37	30.1	28	15.8	65	21.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	30	24.4	32	18.1	62	20.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 235ರಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಶೇಕಡ 57.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಈ ವಿಭಾಗದಿಂದ ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇದೆಯೆಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 236

ನೋಂದಣಿ ವಿಭಾಗದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	99	80.5	84	47.5	183	61.0	0.170
ಇಲ್ಲ	24	19.5	93	52.5	117	39.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 236ರಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿ ವಿಭಾಗದ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಳಿದಾಗ ಅವರು ಶೇಕಡ 61.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 237

ನೋಂದಣಿ ವಿಭಾಗದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	64	52.0	100	56.5	164	54.7	0.570
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	30	24.4	44	24.9	74	24.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	29	23.6	33	18.6	62	20.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 237ರಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿ ವಿಭಾಗದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತ ವಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 238

ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	122	99.2	166	93.8	288	96.0	0.019*
ಇಲ್ಲ	1	0.8	11	6.2	12	4.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 238ರಲ್ಲಿ ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 96.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 239

ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	58	47.2	99	55.9	157	52.3	0.017*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	43	35.0	36	20.3	79	26.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	22	17.9	42	23.7	64	21.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 239ರಲ್ಲಿ ಹೊರರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇ.52.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 240

ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	118	95.9	137	77.4	255	85.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	5	4.1	40	22.6	45	15.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 240ರಲ್ಲಿ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 85.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವುದು ತಿಳಿದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸ ಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 241

ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	48	39.0	86	48.6	134	44.7	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	22	17.9	60	33.9	82	27.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	53	43.1	31	17.5	84	28.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 241ರಲ್ಲಿ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 44.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದುಗ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 242

ಶಾಂತಿಧಾಮ ವಿಭಾಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	94	76.4	96	54.2	190	63.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	29	23.6	81	45.8	110	36.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 242ರಲ್ಲಿ ಶಾಂತಿಧಾಮ ವಿಭಾಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 63.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 243

ಶಾಂತಿಧಾಮ ವಿಭಾಗದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	9	7.3	26	14.7	35	11.7	0.046*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	16	13.0	32	18.1	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	98	79.7	119	67.2	217	72.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 243ರಲ್ಲಿ ಶಾಂತಿಧಾಮ ವಿಭಾಗದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇ.11.7ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ–244

ರಕ್ತನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	113	91.9	152	85.9	265	88.3	0.112
ಇಲ್ಲ	10	8.1	25	14.1	35	11.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 244ರಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 88.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 245

ರಕ್ತನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	47	38.2	76	42.9	123	41.0	0.295
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	33	26.8	54	30.5	87	29.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	47	26.6	90	30.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 245ರಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 246

ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	118	95.9	170	96.0	288	96.0	0.962
ಇಲ್ಲ	5	4.1	7	4.0	12	4.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 246ರಲ್ಲಿ ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 96.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಕಷ್ಟ ಸುಖಗಳನ್ನು ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 247

ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	41	33.3	84	47.5	125	41.7	0.043*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	55	44.7	66	37.3	121	40.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	27	22.0	27	15.3	54	18.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 247ರಲ್ಲಿ ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 248

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	74	60.2	82	46.3	156	52.0	0.018*
ಇಲ್ಲ	49	39.8	95	53.7	144	48.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 248ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 249

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	11	8.9	20	11.3	31	10.3	0.746
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	20	16.3	31	17.5	51	17.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	92	74.8	126	71.2	218	72.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 249ರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಭಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 72.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 250

ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	119	96.7	159	89.8	278	92.7	0.024*
ಇಲ್ಲ	4	3.3	18	10.2	22	7.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 250ರಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 92.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 251

ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	48	39.0	87	49.2	135	45.0	0.152
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	45	36.6	48	27.1	93	31.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	30	24.4	42	23.7	72	24.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 251ರಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 252

ಸೂಚನಾ ಫಲಕದ ವರ್ತಮಾನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	82	66.7	85	48.0	167	55.7	0.001*
ಇಲ್ಲ	41	33.3	92	52.0	133	44.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 252ರಲ್ಲಿ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದ ವರ್ತಮಾನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿಗಳು ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 253

ಸೂಚನಾ ಫಲಕದ ವರ್ತಮಾನದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	13	10.6	24	13.6	37	12.3	0.122
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	25	20.3	21	11.9	46	15.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	85	69.1	132	74.6	217	72.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 253ರಲ್ಲಿ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದ ವರ್ತಮಾನದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 72.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ

ಕೋಷ್ಟಕ 254

ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	99	80.5	111	62.7	210	70.0	0.001*
ಇಲ್ಲ	24	19.5	66	37.3	90	30.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 254ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 70.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಅನೇಕ ಸುದ್ದಿಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 255

ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	22	17.9	24	13.6	46	15.3	0.042*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	52	42.3	101	57.1	153	51.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	49	39.8	52	29.4	101	33.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 255ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 51.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 256

ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	111	90.2	164	92.7	275	91.7	0.457
ಇಲ್ಲ	12	9.8	13	7.3	25	8.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 256ರಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 91.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 257

ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	25	20.3	18	10.2	43	14.3	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	48	39.0	114	64.4	162	54.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	50	40.7	45	25.4	95	31.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 257ರಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ದಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 54.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 258

ಇತರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	121	98.4	165	93.2	286	95.3	0.037*
ಇಲ್ಲ	2	1.6	12	6.8	14	4.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 258ರಲ್ಲಿ ಇತರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 95.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಕ್ಕಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 259

ಇತರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಸಿಗುವ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	28	22.8	34	19.2	62	20.7	0.540
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	53	43.1	72	40.7	125	41.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	42	34.1	71	40.1	113	37.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 259ರಲ್ಲಿ ಇತರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಸಿಗುವ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 41.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 260

ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	102	82.9	151	85.3	253	84.3	0.576
ಇಲ್ಲ	21	17.1	26	14.7	47	15.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 260ರಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 84.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 261

ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಉಪಯುಕ್ತತೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	39	31.7	105	59.3	144	48.0	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	56	45.5	49	27.7	105	35.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	28	22.8	23	13.0	51	17.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 261ರಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಆಗುವ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 48.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 262

ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	102	82.9	156	88.1	258	86.0	0.201
ಇಲ್ಲ	21	17.1	21	11.9	42	14.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 262ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 86.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಬಂದಿರುವುದಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 263

ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಉಪಯುಕ್ತತೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	54	43.9	87	49.2	141	47.0	0.581
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	44	35.8	61	34.5	105	35.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	25	20.3	29	16.4	54	18.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 263ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಂಡಾಗ ಶೇಕಡ 47.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿರುವುದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿ ರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–264

ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	112	91.1	165	93.2	277	92.3	0.489
ಇಲ್ಲ	11	8.9	12	6.8	23	7.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 264ರಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 92.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರು ವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 265

ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	64	52.0	88	49.7	152	50.7	0.480
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	40	32.5	52	29.4	92	30.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	37	20.9	56	18.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 265ರಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚಿಸುವುದರಿಂದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 50.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 266

ಚಿಕಿತ್ಸಾವೆಚ್ಚವನ್ನು ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	114	92.7	158	89.3	272	90.7	0.317
ಇಲ್ಲ	9	7.3	19	10.7	28	9.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 266ರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 90.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವೆಚ್ಚ ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-267

ಚಿಕಿತ್ಸಾವೆಚ್ಚವನ್ನು ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಉಪಯುಕ್ತತೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	60	48.8	117	66.1	177	59.0	
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	32	26.0	32	18.1	64	21.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	31	25.2	28	15.8	59	19.7	0.011*
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 267ರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 59.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರಿಂದ ತುಂಬ ಉಪಯಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ 268

ಉಚಿತ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	104	84.6	150	84.7	254	84.7	0.964
ಇಲ್ಲ	19	15.4	27	15.3	46	15.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 268ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಔಷಧಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 84.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 269

ಉಚಿತ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	60	48.8	109	61.6	169	56.3	0.069
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	37	30.1	44	24.9	81	27.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	26	21.1	24	13.6	50	16.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 269ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 270

ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರನಿಧಿ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	108	87.8	125	70.6	233	77.7	0.000*
ಇಲ್ಲ	15	12.2	52	29.4	67	22.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 270ರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 77.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 271

ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರನಿಧಿಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	9	7.3	9	5.1	18	6.0	0.243
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	24	19.5	24	13.6	48	16.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	90	73.2	144	81.4	234	78.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 271ರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಶೇಕಡ 78.0ರಷ್ಟು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ತಿಳಿಯುವುದೇನೆಂದರೆ ಸರ್ಕಾರದ ಉಚಿತ ಯೋಜನೆಗಳು ಇರುವುದರಿಂದ ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಪಡೆದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಇದರಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 272

ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	108	87.8	120	67.8	228	76.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	15	12.2	57	32.2	72	24.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 272ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ತಿಳುವಳಿಕ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 76.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ 273

ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರನಿಧಿಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	13	10.6	11	6.2	24	8.0	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	58	47.2	25	14.1	83	27.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	52	42.3	141	79.7	193	64.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 273ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 64.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 274

ಇತರೆ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	84	68.3	78	44.1	162	54.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	39	31.7	99	55.9	138	46.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 274ರಲ್ಲಿ ಇತರೆ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಶೇಕಡ 54.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ 275

ಇತರೆ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	9	7.3	45	25.4	54	18.0	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	31	25.2	45	25.4	76	25.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	83	67.5	87	49.2	170	56.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 275ರಲ್ಲಿ ಇತರ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 56.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 276

ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ-ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	80	65.0	87	49.2	167	55.7	0.006*
ಇಲ್ಲ	43	35.0	90	50.8	133	44.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 276ರಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 55.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 277

ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	43	35.0	60	33.9	103	34.3	0.881
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	41	33.3	56	31.6	97	32.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	39	31.7	61	34.5	100	33.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 277ರಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 34.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 278

ರೈಲುಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	122	99.2	169	95.5	291	97.0	0.064
ಇಲ್ಲ	1	0.8	8	4.5	9	3.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 278ರಲ್ಲಿ ರೈಲು ಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 97.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 279

ರೈಲುಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	108	87.8	115	65.0	223	74.3	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	7	5.7	43	24.3	50	16.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	8	6.5	19	10.7	27	9.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 279ರಲ್ಲಿ ರೈಲು ಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯಿತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 74.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 280

ಮನಸ್ವಾಸ್ತ್ರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	59	48.0	37	20.9	96	32.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	64	52.0	140	79.1	204	68.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 280ರಲ್ಲಿ ಮನಶ್ಶಾಸ್ತ್ರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 68.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 281

ಮನಸ್ವಾಸ್ತ್ರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	14	11.4	11	6.2	25	8.3	0.146
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	20	16.3	22	12.4	42	14.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	89	72.4	144	81.4	233	77.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 281ರಲ್ಲಿ ಮನಶ್ಯಾಸ್ತ್ರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 77.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 282

ವಾಕ್‌ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	66	53.7	48	27.1	114	38.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	57	46.3	129	72.9	186	62.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 282ರಲ್ಲಿ ವಾಕ್‌ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 62.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ 283

ವಾಕ್‌ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	21	17.1	18	10.2	39	13.0	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	27	22.0	15	8.5	42	14.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	75	61.0	144	81.4	219	73.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 283ರಲ್ಲಿ ವಾಕ್ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 73.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿ.

ಕೋಷ್ಟಕ–284

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	44	35.8	28	15.8	72	24.0	0.000*
ಇಲ್ಲ	79	64.2	149	84.2	228	76.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 284ರಲ್ಲಿ ಭೌತ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 76.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–285

ಭೌತಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	17	13.8	18	10.2	35	11.7	0.215
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	34	27.6	38	21.5	72	24.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	72	58.5	121	68.4	193	64.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 285ರಲ್ಲಿ ಭೌತ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿ ಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 64.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ-286

ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ –ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಹೌದು	119	96.7	152	85.9	271	90.3	0.002*
ಇಲ್ಲ	4	3.3	25	14.1	29	9.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 286ರಲ್ಲಿ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕುರಿತು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 90.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 287

ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಸೌಲಭ್ಯದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	82	66.7	145	81.9	227	75.7	0.002*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	19	15.4	8	4.5	27	9.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	22	17.9	24	13.6	46	15.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 287ರಲ್ಲಿ ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಸೌಲಭ್ಯದ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 75.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಧರ್ಮಶಾಲೆಯಿಂದ ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವಿದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 288

ಉಚಿತ ವಸತಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	118	95.9	147	83.1	265	88.3	0.001*
ಇಲ್ಲ	5	4.1	30	16.9	35	11.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 288ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ವಸತಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 88.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–289

ಉಚಿತ ವಸತಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	61	49.6	116	65.5	177	59.0	0.021*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	43	35.0	41	23.2	84	28.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	19	15.4	20	11.3	39	13.0	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 289ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ವಸತಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇ.59.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಇರುವುದೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 290

ಉಚಿತ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	119	96.7	168	94.9	287	95.7	0.443
ಇಲ್ಲ	4	3.3	9	5.1	13	4.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 290ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 95.7ರಷ್ಟು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 291

ಉಚಿತ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	59	48.0	97	54.8	156	52.0	0.208
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	33	26.8	50	28.2	83	27.7	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	31	25.2	30	16.9	61	20.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 291ರಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 52.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 292

ಉಚಿತ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	96	78.0	85	48.0	181	60.3	0.000*
ಇಲ್ಲ	27	22.0	92	52.0	119	39.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 292ರಲ್ಲಿ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 63.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ–293

ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	12	9.8	31	17.5	43	14.3	0.000*
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	49	39.8	26	14.7	75	25.0	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	62	50.4	120	67.8	182	60.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 292ರಲ್ಲಿ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 63.3ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಇದರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 294

ಮನರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ಇದೆ	115	93.5	169	95.5	284	94.7	0.452
ಇಲ್ಲ	8	6.5	8	4.5	16	5.3	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 293ರಲ್ಲಿ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತಕತೆ ಕುರಿತು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 60.7ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ 295

ಮನರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ–ಲಿಂಗವಾರು

ವೇರಿಯಬಲ್‌ಗಳು	ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಒಟ್ಟು		ಫಲಿತಾಂಶ
	#	%	#	%	#	%	%
ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತ	46	37.4	89	50.3	135	45.0	0.058
ಕಡಿಮೆ ಉಪಯುಕ್ತ	34	27.6	45	25.4	79	26.3	
ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ	43	35.0	43	24.3	86	28.7	
ಒಟ್ಟು	123	100.0	177	100.0	300	100.0	

ಕೋಷ್ಟಕ 295ರಲ್ಲಿ ಮನರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇರುವುದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಶೇಕಡ 45.0ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬ ಉಪಯುಕ್ತವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕೊನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

1. **ಕೊಠಾರಿ ಸಿ. ಆರ್. (1990),** ರಿಸರ್ಚ ಮೆಥಡಾಲಜಿ–ಮೆಥೆಡ್ಸ್ ಟೆಕ್ನಿಕ್ಸ್ ನ್ಯೂ–ದೆಹಲಿ: ವಿಶ್ವ ಪ್ರಕಾಶನ.

2. **ಜೆನೆಟ್ ಪರಮೇಶ್ವರ್(2001)** ಸೈಕೋ ಸೋಷಿಯಲ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಶೆಂಟ್ಸ್

ಅಧ್ಯಾಯ ಆರು

ಸಮಾರೋಪ

ಅಧ್ಯಾಯ ಆರು

ಸಮಾರೋಪ

ಆರೋಗ್ಯ ನಮ್ಮ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಭೌದ್ಧಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಉತ್ತಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಬದುಕನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಾವು ತೋರ್ಪಡಿಸುವ ಎಲ್ಲ ಗುಣಧರ್ಮಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಜೀವನದ ಸುಖ ಸಂತೋಷಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಭದ್ರ ಅಡಿಪಾಯವನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ "ಆರೋಗ್ಯವೇ ಮಹಾ ಭಾಗ್ಯ"ವೆಂದು ಎಲ್ಲ ಸಮುದಾಯಗಳು ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಲು ನಾವೆಲ್ಲ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಕಾರಗೊಳ್ಳದಂತೆ ಅದನ್ನು ನಾವು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರಬೇಕು. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ, ಗಾಳಿ, ನೀರು ಸೇವನೆಯಿಂದ ದೇಹದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತಯಗಳಿಗೆ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ದೇಹದಾಢ್ಯವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಎಲ್ಲರ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಶೋಧನೆ ಮಾಡುವುದು ಅಷ್ಟು ಸುಲಭದ ಕೆಲಸವಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಅದರ ಅರಿವು ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಂತರ ಸಂಶೋಶದನೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಈ ರೋಗದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಅರ್ಥವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಸವಾಲಿನ ಮಾತೇ ಸರಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ವಿಶ್ವ ವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿದ್ದು, ಹಿಂದಿನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಎಂದೇ ಭಾವಿಸಿದ್ದರು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇಂದು ಇಲ್ಲ. ಬಹಳಷ್ಟು ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗ ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸರಿಯಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕುಟುಂಬ, ಸಮುದಾಯದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅವುಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ಅಂಶಗಳ ಕೈಗನ್ನಡಿಯಾಗಿದೆ.

ಕಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಪ್ರಬಂಧವು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ನಗರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಲು ಅನುಭವಿಸುವ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿದ್ದರೂ ಅದು ಕುಟುಂಬ ಸಮಾಜ, ಸಮುದಾಯದ ಮೇಲೆ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮ, ಅದರ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಿಮದ ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡುವ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ರೀತಿ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ವಿಧಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗಿರುವ ಭೀತಿ, ರೋಗ ಬೇಗ ಪತ್ತೆಗೆ ಹೊಸ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಗಳು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು, ಆಂಗ್ಲ ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವು ಕನ್ನಡ ಭಾಷಿಕರಿಗೆ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತಲುಪುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಲಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಈ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವು ಸಮಾಜಮುಖಿ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಫಲಿತಗಳು

೧. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾಜೋ ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜೋ ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮನದಾಳದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿರುವ ಅನೇಕ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರುವ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ರೋಗಿಗಳು ಇನ್ನೂ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರೆಂದು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಬಹು ಭಾಷಾ ಜನರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರದಲ್ಲಿರುವ ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ರೋಗಿಗಳ ಮಾತೃ ಭಾಷೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಕನ್ನಡ ಭಾಷಿಕರೆಂಬುದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಸರ್ವಧರ್ಮದ ಜನರಲ್ಲಿಯೂ ಹಿಂದೂಧರ್ಮದ

ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ರೋಗಿಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಸಂಖ್ಯಾಗಣತಿಯಲ್ಲಿ ನಗರವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ರೋಗ ಬಹು ಜನರನ್ನು ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ರೋಗಗವಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ರುವ ರೋಗಿಗಳು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲರಾಗಿರುವ, ಅಕ್ಷರ ಜ್ಞಾನದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯಿಂದ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶವಾದ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಗಮನಿಸಬಹುದಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ರೋಗಿಗಳು ಕೂಲಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವೃತ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಿ ಜೀವನ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವ ಹೆಚ್ಚು ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿ ದೂರದರ್ಶನವನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಕೂಡ ಬಳಸುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಈ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣಾಂತಿಕ ರೋಗಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರನಂಥ ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ಮರಣ ಹೊಂದಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ವಿರಳವಾಗಿ ತೋರಿಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅಂಡಾಶಯ, ಗರ್ಭಕೊರಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿದಾಗ ಬರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ.

ಪುರುಷ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ಜಠರ ಮತ್ತು ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿದೆ. ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಪಾನ ಸೇವಿಸುವುದೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಾರಂಭದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳು ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ರೋಗ ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯ ವ್ಯಯಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯೇ ಈ ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಡವಾಗಿ ಬರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಎಂದು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಸಮಾಜೊ–ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೨. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಅರಿವು ಅವರ ಮನೋಭಾವ, ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಭಯಾನಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೇ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನವಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ರೋಗವನ್ನು ಅತಿ ದರೀದ್ರ ಖಾಯಿಲೆ ಎಂದು ಬಣ್ಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಏಡ್ಸ್, ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆ, ಹೃದಯ ಖಾಯಿಲೆ, ಕ್ಷಯರೋಗ, ಕುಷ್ಠರೋಗಗಳಿದ್ದರೂ ಇವುಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರನಷ್ಟು

ಜೀವ ತಿನ್ನುವ ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಮರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ವಿಷಯ ಬಂದಾಗ ವೈದ್ಯರಿಂದಲೇ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜಾಗೃತಿ ಜಾಥಾಗಳು ನಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ. ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಮಾಧ್ಯಮ, ಪತ್ರಿಕಾ ಮಾಧ್ಯಮದ ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ತಂಬಾಕಿನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರ ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತಂಬಾಕು ಮತ್ತು ಮದ್ಯಪಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಜಾಗೃತಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೂ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯೂ ಕೂಡ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿ ಕೊಡುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಪಿಜ್ಜಾ, ಬರ್ಗರ್ ಬೇಕರಿ ತಿನಿಸುಗಳಿಂದ ಯುವ ಜನತೆಯನ್ನು ಜಾಗೃತಿಗೊಳಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಕೊಬ್ಬುಯುಕ್ತ ಆಹಾರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾರಕವೆಂಬುದು ನಿರ್ವಿವಾದ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅನೇಕ ಮುಂಜಾಗೃತಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಗೊಳ್ಳ ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರದ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಜನರಿಗೆ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದು ಆರು ತಿಂಗಳಾದರೂ ರೋಗ ಗುರುತಿಸದ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಪ್ರತಿವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಪಡುವಂತೆ ಜನರನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಬಾಯಿ, ಜನನಾಂಗಗಳ ಶುಚಿತ್ವಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ತಪಾಸನೆ ಮತ್ತು ಶುಚಿತ್ವದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಪಾನ್‌ಪರಾಗ, ಗುಟ್ಕ, ತಂಬಾಕು ಮತ್ತು ಚಟಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗಂಟಲು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಹೆಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಯುವಕರೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಚಟಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ತಂಬಾಕಿನ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ.

ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ತರಕಾರಿ, ಬೇಳೆಕಾಳು, ಹಣ್ಣು, ಹಂಪಲು ಹೀಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಯುಕ್ತ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ದೂರವಿಡಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಲಿದೆ.

ನಾರಿನಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂಥ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬಹುಜನ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಅನೇಕ ರೋಗಗಳು ಬರುವುದರಿಂದ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬಹುತೇಕರಿಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವ ಅಂಶ. ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಸಲು ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಬೇಕಾಗಿವೆ. ಸರ್ಕಾರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡು ಇದರ ಜಾಗೃತಿಗೆ ಶಾಶ್ವತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತ್ರತವಾಗಿ ನಡೆಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಅನೇಕ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮೆಮೋಗ್ರಾಫಿಯಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುನ್ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಬೇಗನೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೈರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಬಹುಬೇಗನೆ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಎಕ್ಸ್‌ರೇ, ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಎಂ.ಎರ್.ಐ, ಪೆಟಸ್ಕ್ಯಾನ್‌ನಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗ ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. ಪ್ರಾರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿದಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಪೂರ್ಣ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. "ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಾಪತ್ತೆ" ಎಂಬ ಘೋಷನೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ತರಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಕೆಲವು ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ರೋಗಿಗಳು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಕ್ಷಣಿಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ದಿನಗಳೆದಂತೆ ನಿವಾರಣೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ರಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೂದಲು ಉದುರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಕೂದಲು ಮತ್ತೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಮೊದಲಿನಂತೆ ಕೂದಲನ್ನು ಬೆಳೆದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆದರದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಮನೋಧೋರಣೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಗದ ಎಲ್ಲ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಬಡವ ಬಲ್ಲಿದನೆಂಬ ಭೇದವಿಲ್ಲದೆ

ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣೆಂಬ ಲಿಂಗಬೇಧವಿಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲರಲ್ಲಿಯೂ ಈ ರೋಗ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರಾಗಲಿ ಜನಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಲಿ ಎಲ್ಲರಲ್ಲಿಯೂ ಈ ರೋಗ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಭೌಗೋಳಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಗರ ಪ್ರದೇಶವಾಗಲಿ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶವಾಗಲಿ ಇದಕ್ಕೆ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಕಲುಷಿತ ವಾತಾವರಣವು ಈ ರೋಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಜನರಿಗೆ ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನು ಅಪನಂಬಿಕೆಗಳು ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ರೋಗವು ಹಿಂದಿನ ಜನ್ಮದ ಶಾಪದ ಫಲವಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಜನರಿಂದ ದೂರವಿಡಬೇಕು. ಮಕ್ಕಳುಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ದೂರವಿಡಬೇಕು. ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡಬೇಕು ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಜನರಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ರೋಗವಾಗಿದ್ದು ಇದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಕುಟುಂಬ, ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದಿಂದ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದ ರೋಗಿಗಳು ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದ ದೂರ ಉಳಿದಿರುವ ಅಂಶ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗಿಗಳ ಅಭ್ಯಾಸ ಕ್ರಮಗಳು ಫಲಿತಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಇನ್ನು ಈ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಬಹುದಾದ ಮೆಮೊಗ್ರಾಫಿ ಸ್ವಂತ ಬಾಯಿ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೀಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಸ್ವಂತ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳು ಒಳಪಡದೇ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ಅವರನ್ನು ಉಪಚರಿಸುವುದರಿಂದ, ಅವರೊಂದಿಗೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಈ ರೋಗವು ಬರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅನುಮಾನವಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೋ ತರನಾದ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಪಡೆದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೆಂದರೆ ಭಯದ ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ, ನೋವು ಇರದಿದ್ದರೂ ಈ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕು. ಪ್ರಾರ್ಥನೆಗಿಂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತ ಎಂಬ ಅಂಶ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಲವು ತೋರಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕಿದ್ವಾಯಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾದ್ದರಿಂದ ಈ ಅಂಶ ಕಂಡುಬರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜ್ಞಾನ ಮನೋಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೩. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಮಾಣದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸಿದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವಾಗ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದು ರೋಗಿಗೆ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಕಾರಣಗಳು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವುದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿನ ವಾತಾವರಣ ಮನೆಯಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೂರವಿರುವುದು ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಂಧು ಬಳಗದವರಿಂದ ದೂರವಿರುವುದು ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದಾಗ ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ರಾತ್ರಿ ಹೊತ್ತು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು, ವೈದ್ಯರು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಆತುರ ಮಾಡುವುದು, ರೋಗಿಗಳು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗದ ಭಾಷೆಯ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು, ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ನೋವು ನಿವಾರಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರಕದಿರುವುದು ಈ ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ ಎಂಬುದು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರವು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಒಂದೇ ರೂಮಿನಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತ ರೋಗಿಗಳು ಇರುವುದು. ಅಪರಿಚಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು, ಸ್ನಾನ ಇನ್ನಿತರ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇರೆಯವರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದು, ಇಡೀ ದಿನ ಒಂದೇ ರೂಮಿನಲ್ಲಿರುವುದು, ಅದೇ ಹಾಸಿಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು, ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳು ಇರುವುದು, ಅಸಾಮಾನ್ಯ ವಾಸನೆಗಳು ಬರುತ್ತಿರುವುದು, ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನೋಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಂದರ್ಶಕರು ಬರುವುದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಹಣ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಾಗುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ವಿಶೇಷ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ವಾರ್ಡ್‌ಗಳ್ಲಲಿ ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು, ಔಷಧಿ ಸೇವನೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುವುದು ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೋವುಗಳು ಕಂಡುಬರುವುದು, ಔಷಧಿಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬನೆ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುವುದು, ಕೆಲವು ಬಾರಿ ನಳಿಕೆ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ನೋವು

ಕಡಿಮೆಯಾಗದಿರುವುದು, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅಂಗಹೀನವಾಗುವ ಪ್ರಸಂಗ ಮತ್ತು ಅಂಗ ಊನವಾಗುವುದು, ವಾರ್ಡ್‌ನ ಪರಿಸರಗಳು ಹೀಗೆ ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿವೆ.

ರೋಗಿಯು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬನೆ, ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆ, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ದೂರವಿರುವಿಕೆ, ಕುಟುಂಬರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಗೈರು, ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ದೂರವಾಗುವುದು ಹೀಗೆ ಅನೇಕ ವಿಶೇಷ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ.

೪. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿರುವ ಅಂಶಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯು ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಂಕಷ್ಟ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಪೂಜೆ, ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿವುದು, ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮನೆಯ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಗೈರು ಹಾಜರಾಗುವುದು ಅಥವಾ ಕೆಲಸ ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದು, ವೇತನ ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದು, ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸೇವಕರನ್ನು ಅಥವಾ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಹಣ ಹೊಂದಿಸುವುದು, ಅದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಸಾಲಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು, ಸ್ಥಿರಾಸ್ತಿಗಳನ್ನು ಮಾರುವುದು, ಸಾಲಕ್ಕೆ ಬಡ್ಡಿ ಕಟ್ಟುವುದು, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಮುಂದೂಡುವುದು ಅಥವಾ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟದಿಂದ ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸುವುದು. ಹೀಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಅನೇಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ತೀವ್ರ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗಿಯು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವನು ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗದಿರುವುದು, ಮನೆಯ ಇತರೆ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡದೇ ಇರುವುದು, ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಡುವುದು, ಇವೆಲ್ಲ ಘಟನೆಗಳು ಈ ಕುಟುಂಬದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗಿ ತೀವ್ರತರದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಸದಾ ತನ್ನ ಜೊತೆಗೇ ಇರಬೇಕೆಂಬುದು, ತಾನೂ ನಿದ್ರಿಸದೆ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುವುದು, ಅಸಭ್ಯವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುವುದು, ಇತರರಿಗೆ ಹಿಂಸೆ ಕೊಡುವುದು, ಇಂಥ ಅನೇಕ ರೋಗಿಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿವೆ.

ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವುದು, ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಶಾಲೆಗೆ ಬಿಡಲು ಅಡ್ಡಿಯಾಗುವುದು, ಊಟೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಅನೇಕ ಮನೋರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ನಿಂತು ಹೋಗುವುದು ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುವುದು. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಹಬ್ಬ ಹರಿದಿನಗಳನ್ನು ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಆಚರಿಸದೇ ಇರುವುದು, ಪ್ರವಾಸ ಇತ್ಯಾದಿ ಚುಟವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಗಿತ ಗೊಳಿಸಿವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಬೇರೆ ಸದಸ್ಯರ ರಜಾ ದಿನಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೋಸ್ಕರ ಮೀಸಲಿಡುವುದು.

ಹೀಗೆ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಜರುಗುವುದರಿಂದ ಅದು ಕುಟುಂಬದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯನಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದರಿಂದ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು ಉಂಟಾಗುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣ ಹದಗೆಟ್ಟು ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಅಪಾರ್ಥಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರತರದ ಹೊರೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಜಗಳ ವಾಗ್ವಾದಗಳು ಉಂಟಾಗಿರುವುದು ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾರು ಅವರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ಅವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚ ಯಾರು ಭರಿಸಬೇಕು, ಅದನ್ನು ಹೇಗೆ ಸರಿದೂಗಿಸಬೇಕು, ಆರ್ಥಿಕ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಯಾರು ಹೊರಬೇಕು ಎಂಬ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಘಟನೆ ನಡೆದಿರುವುದು ಕುಟುಂಬದ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಅನೇಕ ಬಂಧುಗಳು, ಸ್ನೇಹಿತರು, ಕುಟುಂಬದಿಂದ ದೂರವಾಗಿರುವುದು, ರೋಗಕ್ಕೆ ಭಯಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು, ನೆರೆಹೊರೆಯವರು ಕೂಡ ಕುಟುಂಬದ ಭೇಟಿಯನ್ನು ವಿರಳಗೊಳಿಸಿರುವುದು ಕೂಡ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತೀವ್ರತರ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗಿ ಸಂಬಂಧಗಳು ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವುದು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಸಂಗಾತಿಗಳೂ ದೂರ ಸರಿದಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ಆಸ್ತಿಯ ಕುರಿತು ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ಮನಸ್ತಾಪವಾಗಿರುವುದು ಕೂಡ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳು ಕುಟುಂಬದ ತೀವ್ರತರ ಹೊರೆಯಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಲು, ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅಶಕ್ತರಾಗಿರುವುದು, ಬಿ.ಪಿ, ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಇರುವಂಥ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರಿಂದ ಕೆಲವೊಂದು ಪ್ರಸಂಗಗಳ್ಲಲಿ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯ ಮಾತುಗಳು ಬಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತಲುಪಿ

ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ತೀವ್ರತರ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

೫. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಮತ್ತು ಸ್ನೇಹಿತರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡಿರುವ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ತಮ್ಮ ಆರೈಕೆ ಇತರೆ ಎಲ್ಲ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಬೆಂಬಲ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಕೂಡ ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಕಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ರೋಗಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗಿಯ ಅನೇಕ ಆಶೋತ್ತರಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಿರುವುದು, ಅವನ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವುದು, ಆತನೊಂದಿಗೆ ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿ ನಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ರೋಗಿಯ ಆಲೋಚನೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಘಟನಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಪರಸ್ಪರ ಸಲಹೆ, ಸಹಕಾರಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಪರಸ್ಪರರು ಅವಲಂಬನೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು. ತಮ್ಮ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಸಲಹೆ ಕೇಳುವುದು, ರೋಗಿಗೆ ತಮ್ಮಿಂದ ಏನೆಲ್ಲ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡಬಹುದೊ ಅಂಥ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು, ಹೀಗೆ ಅನೇಕ ವಿಚಾರುಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬವು ರೋಗಿಯ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಂತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದರು ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವ ರೋಗಿಯು ಅನೇಕ ಬಾರಿ ತಪ್ಪು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೊಂದಿ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬ ನನ್ನಿಂದ ದೂರ ಸರಿದಿದೆ. ನನ್ನ ಆರೈಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ, ಇದಕ್ಕಿಂತಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸಕ್ತಿ ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು ಎಂಬ ಅಂಶಗಳು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಮಾತ್ರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡದೇ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರು ಕೂಡ ರೋಗಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ, ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಂತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸ್ನೇಹಿತರು ತಮ್ಮ ಪ್ರಯತ್ನ ಮೀರಿ ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ, ಕುಟುಂಬದ ಪೋಷಣೆಗೆ ಸಹಾಯಕರಾಗಿ ನಿಂತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಹೀಗಾಗಿ ರೋಗಿಯು ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ರೋಗಿಯ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಪಂಧಿಸುವುದು, ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಸಹಾಯ ಹಸ್ತ ಚಾಚುವುದು, ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅದರಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸುವುದು, ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸ್ನೇಹಿತನಿಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸ್ನೇಹಿತರು ಹೊಂದಿರುವುದಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೂ ರೋಗಿಯು ತನ್ನ

ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ಸ್ನೇಹಿತರು ತನ್ನಿಂದ ದೂರವಾಗಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಇದಕ್ಕಿಂತ ತನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬೇಕೆಂಬ ಬಯಕೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

೬. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಶಕ್ತಿ ಚೈತನ್ಯ ಅಡಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಅಸಹಾಯಕತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದು, ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ನೋವು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಲ ತಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವುದು, ಅವನ ಭೌತಿಕ ದೇಹಾರೋಗ್ಯದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಕುಗ್ಗಿರುವುದು, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದು, ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಳಪೆ ಆರೈಕೆ, ತನ್ನ ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನದ ಅತೃಪ್ತಿಯು ರೋಗಿಯ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸೌಖ್ಯದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದ ದುಃಖಿತನಾಗಿರುವುದು, ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಹೊರಬಂದ ರಿತಿ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಮ್ಮೆ ಪಡುವಂಥ ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇನೆಂಬ ಭಾವನೆ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು, ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುವುದು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕವಾಗಿ ತನ್ನ ಸೌಖ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥನಿರುವುದು ಜೀವನದ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದು. ತನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು. ಹೀಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪದಲ್ಲಿ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೭. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ನೊಂದಣಿ ಹಾಗೂ ಹೊರ ರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಉಪಯೋಗ, ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರ ಮಧ್ಯೆ ಕೊಂಡಿಯಾಗಿ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆಯಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದನೆ, ರೋಗಿಗಳ ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟ, ಸುಖಗಳಿಗೆ ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಸ್ಪಂದನೆ ಸಿಗುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು, ಬಡರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ರಿಯಾಯಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ, ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ

ಮಧ್ಯೆ ಸೇತುವೆಯಂತೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು, ರೋಗಿಗಳ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದು, ಪರಿಹಾರ ನೀಡುವುದು, ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಹಾರ ನೀಡುವುದು, ರೋಗಿಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವುದು.

ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿ ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿಗಳ ಪರಿಹಾರ ನಿಧಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರ ಸಿಗುವಂತೆ ಕ್ರಮಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳಿಂದ ಸೇವೆಯು ಸಿಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳಿಂದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಲ್ಲವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವುದು, ರೈಲು ಪ್ರಯಾಣದ ರಿಯಾಯಿತಿಗಳು ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಇತರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಬಡ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಆಹಾರ, ವಸತಿ ಕಲ್ಪಿಸುವುದು. ರೋಗಿಗಳ ಮನೋಲ್ಲಾಸಕ್ಕಾಗಿ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಮತ್ತು ಮನೋರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು. ಹೀಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದನ್ನು ಈ ಫಲಿತಾಂಶದಿಮದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಫಲಿತಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ ಮಾಡಿದ ಸಲಹೆಗಳು

1. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾನಿಕಾರಕವಾದ ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಷೇಧಿಸುವುದು ಮತ್ತು ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಯದಂತೆ ಬೆಳೆಗಾರರಿಗೆ ನೀಡುವ ಸಬ್ಸಿಡಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುವುದು.
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಮುಂಜಾಗ್ರತೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಜನರಿಗೆ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಭಯವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದು.
4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಚಾರ ಪಡಿಸುವುದು.
5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ತರಬೇತಿ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು.
6. ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಕ್ರಮವಹಿಸುವುದು.

7. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯಾದಾದ್ಯಂತ ಏರ್ಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.

8. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವುದು.

9. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಅಭಿಯಾನವನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

10. ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವಂತೆ ಜನರಿಗೆ ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಚುರಪಡಿಸುವುದು.

ಅನುಬಂಧಗಳು

1. ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು
2. ಸಮಾಜೋ-ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು, ಮನೋಭಾವ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸ
4. ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಗ್ರಹಿಸುವುದು
5. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆ
6. ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಕುಟುಂಬಗಳು)
7. ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಸೂಚ್ಯಂಕ(ಸ್ನೇಹಿತರು)
8. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ
9. ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉಪಯೋಗ
10. ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು

ಅನುಬಂಧ ಒಂದು

ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

ಅನುಪಮಾ ನಿರಂಜನ್(1996), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜಗತ್ತು

ಕೇಶವಮೂರ್ತಿ ಸಿ.ಜಿ(2012), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಗೌಡ(2010), ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳು

ಭೈರಪ್ಪ(2006), ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಮತ್ತು ವಿಧಿ ವಿಧಾನಗಳು

ರವೀಂದ್ರನಾಥ ಕೆ.(2008), ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಿ–ವಿಧಾನಗಳು

ರಾಜಶೇಖರ್ ಎಸ್.(2009), ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಶೋಧನೆ ವಿಧಿ–ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ತಂತ್ರಗಳು

ಶಂಕರ್ ಪಿ.ಎಸ್.(1995), ವೈದ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ,

ಶಂಕರ್ ಪಿಎಸ್.(2004), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಆರೋನ್ಸೊನ್ ಎನ್, ಕೆ. (1992). ಅಸ್ಸೆಸ್ಸಿಂಗ್ ದಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ ಪೆರೆಂಟ್ಸ್ ಇನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಟ್ರೈಲ್ಸ್ ಕಾಮ್ಮನ್ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಕಾಮನ್ ಸೆನ್ಸ್ ಸೊಲುಷನ್ಸ್, ಯುರೋಪಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. 28ಎ: 1304–7.

ಅಕೊಸ್ಟಾ ಆರ್. ಎ. ಎಮ್. ಬಿ. ಲುರುಘ್ ಆಂಡ್ ಎಫ್ ಬೆಟ್ಟಾನ್. (1976) ಫ್ಯಾಮಿಲ್ಲಲ್ ಡೈನಾಮಿಕ್ಸ್ ಇನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂಕ್ಸಿಟಿ ಲೆವಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ವಿಥ್ ಮೆಂಬರ್ಸ್ ಅಫೆಕ್ಟೆಡ್ ಬೈ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿ ಸಿಕೊಗಿಕಾ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಲ್ಯಾಟಿಸಮರಿಕೆಸಸ್. 2: 95–105.

ಎಕೆನ್ ಸಾವನ ಮತ್ತು ಎಸ್ಸಾನ್ (1959). ರಿಆಕ್ಷನ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆನ್ ಬಿಯಿಂಗ್ ಟೊಲ್ಡ್ ದೇರ್ ಡೈಗ್ನೊಸಿಸ್ ಬ್ರಟಿಷ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಜರ್ನಲ್, 1: 779–83.

ಅಲಿ ಎನ್. ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಎಚ್. ಝುಡ್. ಖಲಿಲ್ (1989). ಈಫೆಕಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ ಎಡುಕೆಷನಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನನ್ಷನ್ ಆನ್ ಆಂಕ್ಸಟಿ ಅಮಂಗ್ ಈಜಿಪ್ತಿಯನ್ ಬ್ಲಾಡರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. 12: 236–42.

ಅಮೊಟೊ ಸಿ. ಎ. (1971). ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಗ್ಲಿನೊಮಾ: ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಎ ಡೆವಸ್ಟಿನಂಗ್ ಇಲ್ನೆಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ನ್ಯೂರೊ ಸೈನ್ಸ್ 23(1): 20–2.

ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೋಸೈಟಿ (1979). ರಿಪೋರ್ಟ್ ಆನ್ ದಿ ಸೊಸಿಯಲ್ ಎಕೊನೊಮಿಕ್ಸ್, ಆಂಡ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ನೀಡ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಇನ್ ಕ್ಯಾಲಿಫೋರ್ನಿಯಾ ಮೆಜರ್ ಫೈಂಡಿಂಗ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಇಂಮಪಲಿಮೆಂಟ್ಸ್. ಆಕ್ಲಂಡ್ ಸಿಎ ಡಾವಿಸನ್ ಇಂಕ್.

ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೋಸೈಟಿ (1990). ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಸೊಸಿಯೊ–ಎಕ್ನೊಮಿಕಲ್ಲಿ ಡಿಸ್ವಾಂಟೆಜಡ್. ಅಟ್ಲಾಂಟಾ.

ಅಲ್ಮೆರ್ ಆರ್. ಮತ್ತು ಎಚ್. ಡುಲ್ (1987). ಕ್ಲೊಸಿಂಗ್ ದಿ ಗ್ಯಾಪ್: ದಿ ಬರ್ಡನ್ ಆಫ್ ಅನ್ನನೆಸ್ಸರಿ ಇಲ್ಲನೆಸ್ ನ್ಯೂ ಯಾರ್ಕ: ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ಆನ್ ಓಂಕೊಲೊಜಿ ವೊಲುಂಟರ್ ಸಪೋರ್ಟ ಒರ್ಗನೈಝೆಶನ್. ದಿ ಬೆನ್‌ಫಿಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ವಿದಿನ್ ದಿ ಹೆಲ್ಥ್ ಕೆರ್ ಸಿಸ್ಟಮ್. ಸೈಕೊ–ಓಂಕಾಲಜಿ. 5:331–41.

ಆಂಡರ್ಸನ್ ಬಿ. ಎಲ್. (1985): ಸೆಕ್ಸ್ಯೂವಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿನಿಂಗ್ ಮೊರ್ಬಿಡಿಟಿ ಅಮಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೈವೊರ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 55: 1835–42.

ಆಂಡರ್ಸನ್ ಬಿ. ಎಲ್, ಬಿ. ಆಂಡರ್ಸನ್ ಮತ್ತು ಸಿ. ಡೆಪ್ರೋಸ್ಸಿ (1989), ಕಂಟ್ರೋಲಡ್ ಪ್ರೊಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ಲೊಂಗಿಟಡುವಲ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಐ ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಔಟಕಮೆಸ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕನ್ಸಲ್ಟಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿ, 57: 683–91.

ಆಂಡರ್ಸನ್ ಬಿ. ಎಲ್. (1992), ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಟು ಎನ್ಹಾನ್ಸ್ ದಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್, ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕನ್ಸಲ್ಟಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕೋಲೊಜಿ, 60: 552–68.

ಆಂಡರ್ಸನ್ ಬಿ. ಎಲ್, ಜೆಕೆ ಕಿಯೊಕೊಲ್ಟ್ ಗ್ಲೆಸ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಆರ್. ಗ್ಲೆಸ್ಸರ್ (1994), ಎ ಬಯೊ ಬಿಹೆವಿಯೊರಲ್ ಮಾಡೆಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಂಡ್ ಡಿಸಿಸ್ ಕೊರ್ಸ, ಅಮೇರಿಕನ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿಸ್ಟ್, 49:389–404.

ಆಂಡ್ರಿಕೊವಸ್ಕಿ ಎಮ್. ಎಟ್. ಅಲ್, ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಎಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ ವೂಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೀಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಬಿಯಿಂಗ್ ಬ್ರೀಸ್ಟ್ ಪ್ರಾಬಲೆಮ್ಸ್ : ಅ

ಕಂಟ್ರೋಲ್ಡ್ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಎಪಿಡೆಮಯೊಲೊಜಿ, 49: 827–34.

ಆಚಿಂಕ್ಲೊಸ್ಸ್ ಎಸ್. (1991), ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಡಿಸ್ಫಂಕ್ಷನ್ ಆಫ್ಟರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಟ್ರೀಟಮೆಂಟ್, ಜರನಲ್ ಸೈಕೋ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಓಂಕೊಲೊಜಿ, 9(1): 23–42.

ಆಸ್ಟಿನ್ ಜೆ. ಎಟ್ ಅಲ್ (1990), ಡೈಮಿನಿಶಡ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಆಫ್ ಯಂಗ್ ಬ್ಲಾಕ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅಡೆನೊಕರ್ಸಿನೊಮಾ ಆಫ್ ದಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೆಟ್, ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಓಂಕೊಲೊಜಿ, 13: 465–9.

ಎಮಾನ್ಸ್ ಪಿ., ಎಸ್. ಎಚ್. ಫಿಲಿಪ ಆಂಡ್ ಟಿ. ಕ್ಲೆವೆರ್ (1995), ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಕಾಪಿಯಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸಮ್ ಡಿಟರ್ಮಿನಂಟ್ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಕ್ಟಿವ್ ಕರ್‍ರೆಲೆಟಸ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ರೆಡಿಸಿನ್, 3.

ಬೆಡರ್ ಎಲ್. ಆಂಡ್ ಕಪ್ಲಾನ್ ಡಿ–ನೋರ್ (1984), ಡಿ–ನೊರ್ ಕಪಲ್ಸ್ ರಿಆಕ್ಷನ್ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ: ಅ ಪ್ರಿಲಿಮಿನರಿ ರಿಪೋರ್ಟ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕಿಯಾಟ್ರಿ ಮೆಡಿಸಿನ್, 14: 265–76.

ಬೆಡರ್ ಎಲ್. ಎಟ್ ಅಲ್ (1999), ದಿ ರೊಲ್ ಆಪ್ ರಿಲಿಗನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಪಿರಿಚುವಲ್

ಬೆಡರ್ ಎಲ್., ಎಸ್. ಪೆರಿ ಜೆ. ಸಿ. ಹಾಲಂಡ್ ಆಂಡ್ ಎ. ಸಿಸೋನ್ (1995), ಕಪಲ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಜೆಂಡರ್ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ಸ್: ಅ ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ಆಫ್ ಮೆಲಾನೊಮಾ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಧೇರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಸಿಸ್ಟಮ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 1: 69–77.

ಬೆಲೆ ವಾಲ್ಟರ್ ಎಫ್. ಜ. ಮೈಕಲ್ ಎಸ್. ಲಿಂಡಾ ಆಂಡ್ ಇ. ಜೆಮ್ಸ್ (1992), ಪ್ರೆಬಿಯೊಸ್ಪಿ ಅಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಸಸ್ಪೆಕ್ಟೆಡ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಓಂಕಾಲೊಜಿ, 10(4): 79–91.

ಬಾಕ್ವೆಟ್ ಸಿ. (1991), ಸೊಸಿಯೊಸಿಕೊನೊಮಿಕ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ಸಿಡನ್ಸ್ ಅಮಂಗ್ ಬ್ಲ್ಯಾಕ್ಸ್ ಆಂಡ್ ವೈಟ್ಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ಸಿಟಿಟ್ಯೂಟ್, 83: 551–7.

ಬಾರ್ಬರಾ ಗೆರ್ಬರ್ಟ ಕಾತ್ಲೀನ್ ಜಾಹ್ನಸನ್, ಥಾಮಸ್ ಬ್ಲೀಕರ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಿಫನ್ ಎಮ್‌ಸಿಫೀ (1996), ಅಟ್ಟಿಟ್ಯುಡಸ್ ಅಬೌಟ್ ಸ್ಕಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಿವೆನ್ಷನ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೇಷನ್, 11: 96–101.

ಬಾರ್ಬರಾ ವಾಲಿಗೊರಾ–ಸೆರೆಫಿನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1992), ರಿಲೇಷನ್‌ಶಿಪ್ಸ್ ಬಿಟ್ವೀನ್ ಎಮೋಷನಲ್ ಡಸ್ಟ್ರೇಸ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಕನ್ಸರ್ನನ್ಸ್ ಅಮಂಗ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನೊಸಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಸೈಕೊ–ಒಂಕಾಲಜಿ 10(3): 57–75.

ಬಾರ್ಕವೆಲ್ ಡಿ. ಪಿ. (1991), ಅಸ್ಕ್ರೈಬಡ್ ಮೀನಿಂಗ್: ಅ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ ಇನ್ ಕಾಪಿಯಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಪೆನ್ ಅಟ್ಟೆನ್ಯೂಎಷನ್ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಲೇಟೆಡ್ ಪೆನ್. ಜರನಲ್ ಪಲ್ಲಾಟಿವ್ ಕೆರ್, 7(3): 5–14.

ಬೆರ್ಗಮನ್ ಎಲ್. ಎಫ್. ಆಂಡ್ ಬ್ರೆಸ್ಲೊವ್ (1983), ಹೆಲ್ತ್ ಆಂಡ್ ವೆಸ್ ಆಫ್ ಲಿವಿಂಗ್: ದಿ ಅಲಮೆಡಾ ಕಂಟ್ರಿ ಸ್ಟಡಿ, ನ್ಯೂ ಯಾರ್ಕ: ಒಕ್ಸಫರ್ಡ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ಬೆರ್ಕಮನ್ ಬಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1983), ಎಲ್ಡರ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಪ್ರೆಡಕ್ಟಿವ್ ಆಫ್ ರಿಸ್ಕ ಫಾರ್ ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಷನಲೈಝೆಷನ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಒಂಕಾಲಜಿ, 1(1): 85–100.

ಬೆರ್ಕಮನ್ ಬಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1994), ದಿ ಓರ್ಟಕೊಲೊ–ಎಲ್‌ಸಿ 13: ಅ ಮೋಡ್ಯುಲರ್ ಸಪ್ಲಿಮೆಂಟ್ ಟು ದಿ ಓಟ್ರಕ್ ಕೊರ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಕ್ವೆಶ್ಚನ್ನರಿ (ಓಲೊ–ಸಿ30) ಫಾರ್ ಯುಸ್ ಇನ್ ಲಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಟ್ರಯಲ್ಸ್.

ಭಟ, ಯು (1967), ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೆಷನ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 4(2): 154–7

ಬಿಲ್ಲಿಂಗ್ಸ್ ಎ. ಜಿ. ಆಂಡ್ ಆರ್ ಎಚ್. ಮೂಸ್ (1981), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಕಾಪಿಯಿಂಗ್ ರಿಸ್ಪೊನ್ಸಸ್ ಆಂಡ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ರಿಸೊರ್ಸಸ್ ಇನ ಅಟ್ಟೆನ್ಯುಎಟಿಂಗ್ ದಿ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇವೆಂಟ್ಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಬಿಹೆವಿಓರಾಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 4: 139–7.

ಬ್ಲಾಂಚರ್ಡ ಸಿ. ಜಿ. ಆಂಡ್ ಟಿ. ಎಲ್. ಅಲ್ಬ್ರೆಚ್ (1995), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೊರ್ಟ ಇನ್ ಅಡಾಪ್ಟೆಷನ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಟು ಸರ್ವೈವಲ್ ಸ್ಪೆಸಿಯಲ್ ಇಶ್ಯು: ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ರಿಸೊರ್ಸ್ ವೆರಿಎಬಲ್ಸ್ ಇನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಟಡಿಸ್: ಕಾನ್ಸಿಪ್ಚುವಲ್ ಆಂಡ್ ಮೆಸರ್‌ಮೆಂಟ್ ಇಶ್ಯೂಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ ಸೊಸಿಯಲ್ ಓಂಕಾಲಜಿ, 13: 75–95.

ಬ್ಲೂಮ್ ಜೆ. (1982), ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೊರ್ಟ ಅಕ್ಕೊಮೊಡೆಷನ್ ಟು ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸೊಸಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ 16(13): 29–38.

ಬ್ಲೂಮ್ ಜೆ. (1986), ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೊರ್ಟ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬಿ. ಎಲ್. ಆಂಡರ್ಸನ್ (ಎಡ್) ವೂಮೆನ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಪೆರ್ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವಸ್. ನ್ಯೂ–ಯಾರ್ಕ ಸ್ಪ್ರಿಂಜಿಯರ್ ವರ್ಲಾಗ್

ಬ್ಲೂಮ್ ಜೆ. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಸ್ಪೈಜೆಲ್ (1984), ದಿ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ ಆಫ್ ಟು ಡೈಮೆನ್ಶನ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೋರ್ಟ ಟು ದಿ ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ವೆಲ್ಲ್‌–ಬಿಯಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಆಫ್ ವೂಮೆನ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್‌ಡ್ ಬ್ರೇಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸೊಸಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 19: 83–17.

ಬ್ಲೂಮ್ ಜೆ. ಆರ್ (1987), ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ರಿಸ್ಪೊನ್ಸ್ ಟು ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ: ಅ ಪ್ರೋಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ಸ್ಟಡಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 59: 189–95

ಬೊಲಿಗೆರ, ಎನ್. ಎ. ಡಿ. ವಿನೊಕುರ್ ಎಮ್. ಫಾಸ್ಟರ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎನ್‌ಜಿ (1996), ಕ್ಲೊಸ್ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಅ ಲೈಫ್ ಕ್ರೈಸಸ್: ದಿ ಕೆಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೇಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೊಸಿಯಲ್ ಸೈಕೊಲೊಜಿ, 70: 283–94.

ಬೋಸೆ ಜೆ. ಎಚ್. (1990), ಬ್ರೆಥಾರ್ಟ ಡಬ್ಲ್ಯು ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ (1988), ಸೊಸಿಯಲ್ ಸಪ್ಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಅಡಲ್ಟ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಡಿಸೈರ್ ಫಾರ್ ಸಪ್ಪೋರ್ಟ ಫಾರ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಫೆಶನಲ್ಸ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಸೈಕೊಲೊಜಿ, 18: 439–64.

ಬ್ರೀತಹಾರ್ಟ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ್ (1988), ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಸೆಮಿನಾರ್ಸ್ ಇನ್ ಓಂಕಾಲಜಿ, 15(1): 61–9.

ಬ್ರೆಸ್ಲೊವ್ ಎ. (1970), ಥಿಕ್ಕನೆಸ್, ಕ್ರಾಸ್–ಸೆಕ್ಷನಲ್ ಎರಿಯಾಸ್ ಆಂಡ್ ಡೆಪ್ತ್ ಆಫ್ ಇನ್ವಶನ್ ಇನ್ ದಿ ಪ್ರೊಗ್ನೊಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕಟ್ಯುನಿಯಸ್ ಮೆಲನೊಮಾ, ಎನ್ಯುವಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ, 172: 902–8.

ಬ್ರಿಂಕ್ಲಿ ಡಿ. (1983), ಎಮೊಷನಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಡ್ಯುರಿಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚೆಮೊಥೊರಪಿ. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಜರನಲ್, 286: 663–4

ಬುಕಬರ್ಗ ಜೆ. ಡಿ. ಪರ್ಮಾನ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. ಹಾಲಂಡ (1984), ಡಿಪ್ರೇಷನ್ ಇನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಜಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಸೈಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 46: 199–212.

ಕೆನ್, ಎ. ಎನ್. ಎ. ಆಯ್. ಕೊಹೊರ್ನ ಡಿ. ಎಮ್. ಓಕ್ಯೂನಲಾನ್ ಪಿ. ಎ. ಶ್ವಾರ್ಟ್ಜ ಕೆ. ಲಾಟಿಮೆರ್ (1986), ಸೈಕೊಸೊಸಿಯಲ್ ಬೆನಫಿಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಅ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಪ್ಪೋರ್ಟ ಗ್ರೂಪ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 57: 183–9.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಪ್ಯಾಟರ್ನ್ಸ ಇನ್ ಬೆಂಗಳೂರ (1991), ಅ ಪ್ರೊಜೆಕ್ಟ್ ಆಫ್ ದಿ ಇಂಡಿಯನ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ರಿಸರ್ಚ (1982–89), ಕಿಡ್ವಾಯಿ ಮೆಮೋರಿಯಲ್ ಇನ್ಸಿಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಓಂಕಾಲಜಿ, ಬೆಂಗಳೂರ.

ಕ್ಯಾನೋನ್ ಐ. ಎಮ್. (1923), ಸೋಸಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಇನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ಸ್: ಅ ಕಾಂಟ್ರಿಬ್ಯೂಷನ್ಸ್ ಟು ಪ್ರೋಗ್ರೇಸ್ಸಿವ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, (2ಟಿಜ ಎಡಿಷನ್) ನ್ಯೂ-ಯಾರ್ಕ: ರುಸ್ಸೆಲ್ ಸೆಜ್ ಫೌಂಡೇಷನ್.

ಕಾಪ್ಲಾನ್ ಜಿ. (1974), ಸಪ್ಪೋರ್ಟ ಸಿಸ್ಟಮ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಮೆಡಿಕಲ್ ಹೆಲ್ಥ್. ಲೆಕ್ಚರರ್ಸ್ ಆನ್ ಕನ್ಸೆಪ್ಟ್ ಡೆವಲೊಪ್‌ಮೆಂಟ್, ನ್ಯೂ ಯಾರ್ಕ, ಬಿಹೆವಿಯೊರಾಲ್ ಪಬ್ಲಿಕೆಷನ್ಸ್.

ಕಾರ್ಪೋನೆ ಎಮ್. ಎ. ಆರ್. ಎಸ್. ಗೂಡ್ ಕೆ. ಎಸ್. ವೆಸ್ಲೀ ಆಂಡ್ ಎ. ಎಫ್ ಜಾಕೊಬ್ಸೊನ್ (1980), ಸೈಕೊ-ಸೊಸಿಯಲ್ ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೆಷನ್ ಆಫ್ ಗೈನೊಕೊಲೊಜಿಕ್ ಓಂಕಾಲಜಿ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಆರ್ಚಿವಸ್ ಆಫ್ ಫಿಸಿಕಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೆಷನ್, 61: 128–32.

ಕಾರೆ, ಆರ್. ಜಿ. (1974), ಎಮೊಷನಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಟರ್ಮಿನಲ್ ಪೆಷಂಟ್-ಅ ಕ್ವಾಂಟಿಟೇಟಿವ್ ಅಪ್ರೋಚ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕೌನ್ಸಿಲಿಂಗ್ ಸೈಕಾಲಜಿ, 21(5): 433–9.

ಕಾರ್ಟರ್ ಎ. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಕಾರ್ಟರ್, (1994), ಸಮ್ ಅಬ್ಸರ್ವೆಶನ್ಸ್ ಆನ್ ಇಂಡಿವಿಜ್ಯೂವಲ್ ಆಂಡ್ ಮಾರ್ಶಿಯಲ್ ಥೆರಪಿ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಪೋಸಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ-ಸೊಸಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 12: 65–81.

ಕಾಶ್ಯೆಲ್ ಇ. ಜೆ. (1974), ಫಿಜಿಕಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಇನ್ ರೆಸ್ಪೋನ್ಸ್ ಟು ಟ್ರೆಸ್: ಥಿಯೊರೈಟಿಕಲ್ ಫಾರ್ಮುಲೇಶನ್ಸ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವಿಸಸ್, 4: 471–82.

ಕಾಶ್ಯೆಲ್ ಇ. ಜೆ. (1982), ದಿ ನೆಚರ್ ಆಫ್ ಸಫರಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಗೋಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್. ನ್ಯೂ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ಮೆಡಿಸಿನ್, 306: 639–44.

ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆಥ್ ಬಿ. ಆರ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1984), ಎ ಕಂಪ್ಯಾರೆಟಿವ್ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಸಿಕ್ಸ್ ಡೈಗ್ನಾಸ್ಟಿಕ್ ಗ್ರೂಪ್ಸ್. ನ್ಯೂ ಇಂಗ್ಲಂಡ್ ಆಫ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ಮೆಡಿಸಿನ್, 311: 506–11.

ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆಥ್ ಬಿ. ಆರ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1989), ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಚಾಯ್ಸ್ ಆಫ್ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಸ್ಟೇಜ್ ಡಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಯೂರಾಲಜಿ, 33(5): 57–62.

ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆಥ್ ಬಿ. ಆರ್. ಇ. ಲಂಕ್ ಆಂಡ್ ಪಿ. ಎ. ಕ್ರಾಸ್ (1985), ಎ ಸೈಕಲಾಜಿಕಲ್ ಅನ್ಯಾಲೆಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವರ್ಸಸ್ ದೆರ್ ನೆಕ್ಸಟ್ ಕಿನ್ಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 55: 72–6.

ಕ್ಯಾಸ್ಸಿಲೆಥ್ ಬಿ. ಆರ್. ಆರ್. ವಿ. ಝುಪ್ಕಿಸ್, ಕೆ. ಸುಲ್ತಾನ್-ಸ್ಮಿತ್ ಆಂಡ್ ವಿ. ಮಾರ್ಚ (1980), ಇನ್‌ಫಾರ್ಮೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಪಾರ್ಟಿಸಿಪೆಷನ್ ಪ್ರಿಫೆರೆನ್ಸಸ್ ಅಮಾಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಆನ್ಯೂವಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಇಂಟರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 92: 832–6.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1987), ಐಂಡೆಂಟಿಫೈಯಿಂಗ್ ಸರ್ವೈವರ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಡಿಯಾಟ್ರಿಕ್ ಹಾಡ್‌ಕಿನ್ಸ ಡಿಸಿಸ್ ಹು ನೀಡ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಟರ್ವೆನ್ಷನ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೋ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ. 5: 1–3.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1989), ಮೂಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಫ್ಟರ್ ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೋ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 7(1/2): 45–53.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. (1991), ಸೋಸಿಯೋ ಎಕಾನಾಮಿಕ್ ಸ್ಟೇಟಸ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಸರ್ವೈವಲ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 9: 1500–1509.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1993), ದಿ ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಅಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಥೆರಪಿ(ಈಂಅಖಿ) : ಸ್ಕೇಲ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ವ್ಯಾಲಿಡೇಷನ್ ಆಫ್ ದಿ ಜರ್ನಲ್ ಮೆಜರ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 11: 570–9.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಟ್ರಾಸ್. (1986), ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಸರ್ವೈವಲ್ ಫ್ರಾಮ್ ಹಾಡ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಡಿಸೀಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕನ್ಸಲ್ಟಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಪೆಥಾಲಜಿ, 54: 616–22.

ಸೆಲ್ಲಾ ಡಿ. ಎಫ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಟ್ರಾಸ್. (1987), ಡೇಲ್ತ್ ಎನ್‌ಜೈಟಿ ಇನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೈವಲ್: ಎ ಪ್ರಿಲಿಮಿನರಿ ಕ್ರಾಸ್–ವ್ಯಾಲಿಡೇಷನ್ ಸ್ಟಡಿ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪರ್ಸನಾಲಿಟಿ ಅಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್, 51: 451–61.

ಚಂಟಲ್ ಟಿ. ಫಾಮ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಟಿಫನ್ ಮ್ಯಾಕ್‌ಫಿ (1982), ನೊಲೇಡ್ಜ್ ಯಾಟಿಟುಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಆಂಡ್ ಸರ್ವೈಕಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಅಮಾಂಗ್ ವೆಟ್ನಮೀಸ್ ವೂಮೆನ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜ್ಯೂಕೇಶನ್ 7(4): 305–10.

ಚಾರ್ಲಸ್ ಕೆ. ಎಸ್. ಸೆಲ್ಲಿಕ್ ಬಿ. ಮಾಂಟೆಸ್ಯಾಂಟೊ ಆಂಡ್ ಇ. ಮೊಹಿದೆ (1996), ಪ್ರಿಯಾರಿಟಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೈವರ್ಸ್ ರಿಗಾರ್ಡಿಂಗ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ನೀಡ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೋ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(2): 57–71

ಚೆಕ್ರಿನ್ ಜೆ. (1984), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೆಕರನ್ಸ್: ಪರ್ಸನಲ್ ಮೀನಿಂಗ್, ಕಮ್ಯೂನಿಕೇಶನ್ ಆಂಡ್ ಮೆರಿಟಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 7: 491–8.

ಚಿರಿಬೊಗಾ, ಡಿ. ಪಿ. ವಾರ್ಲಿಯರ್ ಆಂಡ್ ಕೆ. ನಿಲ್ಸೆನ್ (1988/1989), ದಿ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಫ್ ಕಾರೆಜಿವರ್ಸ್. ದಿ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಅಪ್ಲೈಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸರ್ವಿಸಸ್, 13: 118–141.

ಕ್ರಿಸ್ಟ್ ಜಿ. ಎಚ್. (1987), ಸೊಶಿಯಲ್ ಕಾನ್ಸಿಕ್ವೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪೆಡಿಯಾಟ್ರಿಕ್ ಹೆಮೆಟಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 9(1): 84–8.

ಕ್ರಿಸ್ಟೆನ್ಸೆನ್ ಡಿ. ಎನ್. (1983), ಪೋಸ್ಟ ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟಮಿ ಆಫ್ ಕಪಲ್ ಕೌನ್ಸಲಿಂಗ್. ಆನ್ ಔಟಕಮ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಅ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರ್‌ಡ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಪ್ರೊಟೊಕಾಲ್. ಜರನಲ್ ಸಕ್ಸ್ಯುವಲ್ ಆಂಡ್ ಮೆರಿಟಲ್ ಥೆರಪಿ, 9: 266–75.

ಕಾಬ್ಬ್ ಎಸ್. (1979), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಸ್ ಅ ಮಾಡಿರೆಟರ್ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್. ಸೈಕೊ ಸೊಮ್ಯಾಟ್ ಮೇಡಿಸಿನ್, 38: 300–14.

ಕೊಹೆನ್, ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಜಿ. ಮ್ಯಾಕೆ (1983), ಇಂಟರ್ ಪರ್ಸನಲ್ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ ಆಸ್ ಬಫರ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆನ್ ಹೆಲ್ತ. ಇನ ಅ ಬಾಮ್, ಜೆ. ಇ. ಸಿಂಗರ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಇ. ಟೇಲರ್, (ಎಡ್ಸ್), ಹ್ಯಾಂಡ್ ಬುಕ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿ ಆಂಡ್ ಹೆಲ, 4: 253–67.

ಕೊಹೆನ್ ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಎಲ್. ಸೈಮ್ (1985), ಇಶ್ಯೂಸ್ ಇನ್ ದಿ ಸ್ಟಡಿ ಆಂಡ್ ಅಪ್ಲಿಕೆಶನ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ. ಇನ್ ಕೊಹೆನ್ ಆಂಡ್ ಸೈನ್ (ಎಡ್ಸ್) ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ ಅಕ್ಯಾಡಮಿಕ್ ಪ್ರೆಸ್.

ಕೊಥೆನ್ ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಟಿ. ಎ. ವಿಲ್ಸ್ (1985), ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ದಿ ಬಫರಿಂಗ್ ಹೈಪೊಥಿಸಿಸ್, ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಬುಲೇಟಿನ್, 21: 310–57.

ಕೊಲೆಮಾನ್ ಎಲಿಝಾಬೆಥ್ ಅನ್ನ್ (1991). ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟೀಸ್ ಆಂಡ್ ಇಫೆಕ್ಟಿವನೆಸ್ ಆಫ್ ಬೆಸ್ಟ್ ಸೆಲ್ಫ–ಎಕ್ಸಾಮಿನೆಷನ್: ಅ ಸೆಲೆಕ್ಟಿವ್ ರಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ದಿ ಲಿಟರೆಚರ್ (1977–89). ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜ್ಯುಕೆಷನ್, 6(2): 83–92.

ಕೊಂಪಾಸ್ ಬಿ. ಈ. ಎನ್. ಎಲ್. ವಾರ್ಶಾಮ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ಸಿ. ಹಾವೆಲ್ (1996), ವ್ಹೆನ್ ಮಾಮ್ ಆರ್ ಡ್ಯಾಡ್ ಹ್ಯಾಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಟು. ಕಾಪಿಯಿಂಗ್ ಕಾಗ್ನಿಟೆಟಿವ್ ಅಪ್ರೆಸಲ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ ಚಿಲ್ಡ್ರನ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಹೆಲ್ತ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿ, 15: 167–75.

ಕಾಸ್ಕರೆಲ್ಲಿ ಸ್ಕಾಗ್ ಸಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು (1983), ಕ್ಯಾರಕ್ಟರಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ವೂಮೆನ್ ಆಟ್ ರಿಸ್ಕ ಫಾರ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ್ ದಿ ಇಯರ್ ಆಫ್ಟರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಓಂಕಾಲಾಜಿ, 11: 783–93.

ಕ್ರೂಕ್ಸ್ ಸಿ. ಇ. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಡಿ. ಜೋನ್ಸ್ (1989), ಎಜ್ಯುಕೆಟಿಂಗ್ ವುಮೆನ್ ಅಬೌಟ್ ದಿ ಇಂಪಾರ್ಟೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಸ್ಕ್ರಿನಿಂಗ್ಸ್: ದಿ ನರ್ಸಸ್ ರೋಲ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 12: 161–4.

ಕುಲ್ ಎ. ಎಮ್. (1991), ದಿ ಅಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಸೆಕ್ಸ್ಯೂವಲ್ ಫಂಕ್ಷನ್ ಇನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಯೂರೋಪಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 10: 1680–6.

ಕನ್ನಿಂಗ್‌ಹ್ಯಾಮ್ ಎ. (1988), ಫ್ರಾಮ್ ನೆಗ್ಲೆಕ್ಟ್ ಟು ಸಪೋರ್ಟ ಟು ಕಾಪಿಂಗ್. ದಿ ಎವಿಲ್ಯೂಷನ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಇನ್ ಸಿ. ಎಲ್. ಕಾಪರ್ (ಎಡ್ಸ್) ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಂಡ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ ಜಾನ್ ವಿಲ್ಲೆ ಆಂಡ್ ಸನ್ಸ್.

ಡಫ್ನಾ ಸದೇಶ–ಟಸ್ಸಾ, ಮಾರ್ಗಲಿಟ್ ಡ್ರಾರಿ, ಕರ್ನಿ ಗಿನಿಜಬರ್ಗ್ ಆಂಡ್ ಜೊನಾ ಸ್ಟ್ಯಾಡಲರ್ (1999), ಸ್ಟೆಜಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಆನ್ ಇಸ್ರೆಲಿ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಮಾಡೆಲ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 17(3/4): 1999.

ಡೆವಿಡ್ ಬಿ. ಕಾಲನ್ (1989), ಹೊಪ್ ಆಸ್ ಅ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಇಶ್ಯೂ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ. ಆನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 7(3): 1989.

ಡೆವಿಡ್ ಜೆ. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎ. ಬಾರ್‍ರಿಟ್ (1982), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೆಷನ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ ಫಾರ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಲಿನಿಕ್ಸ್ ಇನ್ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಸರ್ಜರಿ, 9: 327–36.

ಡಾವೀಸ್ ಎ. ಡಿ. ಸಿ. ಡಾವೀಸ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಸಿ. ಡೆಲ್ಪೊ (1986), ಡಿಪ್ರೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಆಂಕ್ಸಿಟಿ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಅಂಡರ್‌ಗೊಯಿಂಗ್ ಡೈಗ್ನಾಸ್ಟಿಕ್ ಇವ್ಯಾಲ್ಯುವೆಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ 149: 491–3.

ಡೆರೊಗಾಟಸ್ ಎಲ್. ಆರ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1983), ದಿ ಪ್ರಿವಲೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಡಿಸ್‌ಆರ್ಡರ್ಸ್ ಅಮಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ಅಮೇರಿನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಸೊಶಿಯೆಶನ್, 249: 751–7.

ಡಿಸೌಜಾ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಜೆ. ಡಿಸೌಜಾ (1975), ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ವುಮೆನ್. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 16: 67–73.

ಡೆವ್ಲಿನ್ ಎಚ್. ಬಿ. ಜೆ. ಎ. ಪ್ಲಾಂಟ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಗ್ರಿಫೀನ್ (1971), ಆಫ್ಟರ್‌ಮಾಥ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ ಫಾರ್ ಅನೊರೆಕ್ಟಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಜರನಲ್, 3: 413–6.

ಡಿ–ಮಾಟ್ಟಿಯೊ ಆರ್. ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಹೆಸ್ (1981), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಸಿರಿಯಸ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಇನ್ ಬಿ. ಎಚ್. ಗೊಟ್ಲಿಯೆಬ್ (ಎಡ್) ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕಸ್ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಪಿಪಿ 117–48, ಲಂಡನ್ ಯುಕೆ ಸೆಜ್ ಪುಬ್ಲಿಕೆಷನ್.

ಡೊವ್ ಕೆ. ಬಿ. ಫೆರೆಲಿ ಎಸ್. ಲೆಫ ಜೆ. ಲಿ. ಆಂಡ್ ಪಿ. ಗುಣಸೆಕರಾಮ್ (1996), ಆನ್ ಇವ್ಯಾಲ್ಯುವಷನ್ ಆಫ್ ದಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಅಮಂಗ್ ಲಾಂಗ್–ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವರ್ಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸರ್ಚ ಆಂಡ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್, 39: 261–73.

ಡಂಕೆಲ್–ಸ್ಕೆಟ್ಟರ್ ಸಿ. (1984), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಫೈಂಡಿಂಗ್ಸ್ ಬೆಸಡ್ ಆನ್ ಪೆಷಂಟ್ ಇಂಟರ್‌ವ್ಯುವಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೆಷನ್ಸ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಶ್ಯೂಸ್, 40(4): 77–98.

ಎಕಾಸ್ ಜಾರ್ಜಿನ್ ಎಮ್. ಸುಶಾನ್ ರಾಕ್ವಾಲ್ ಎಮ್ಲಿ ಕೀಲ್ ಆಂಡ್ ಜೆಮ್ಸ್ ಈ ಗೆಸರ್ (1996), ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್: ರಿಸ್ಪೊನ್ಸ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ರಿಸಿವಿಂಗ್ ಔಟ್ ಪೆಷಂಟ್ ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(3): 193–7.

ಎಡ್ಗಾರ್ ಎಲ್. ಝುಡ್. ಆರ್ರಿಸ್ಬೆರ್ಗರ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ನಾವ್ಲಿಸ್ (1992), ಕಾಪಿಯಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಡ್ಯುರಿಂಗ್ ದಿ ಫಸ್ಟ್ ಇಯರ್ ಆಫ್ಟರ್ ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸ್ಟಿಕ್ಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 69: 691–7.

ಎಡ್ಲುಂಡ್ ಬಿ. ಆಂಡ್ ಎನ್. ವಿ. ಸ್ನೀಡ್ (1989), ಎಮೊಷನಲ್ ರಿಸ್ಪೊನ್ಸಸ್ ಟು ದಿ ಡೈಗ್ನೊಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎಜ್ ರಿಲೆಟೆಡ್ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ಸ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫೋರಮ್, 16: 691–7.

ಎಲ್. ಕೆ. ಓ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1989), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ, ಸೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಆಂಡ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಅಮಾಂಗ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್, ಲಂಗ್ ಆರ್ ಕೊಲೊರೆಕ್ಟಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಆಂಕಾಲಜಿ 7(3): 63–89.

ಎಲಿಜಾಬೇತ್ ಎನ್ ಕೊಲೆಮಾನ್ (1991), ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್ ಆಂಡ್ ಎಫೆಕ್ಟಿವ್‌ನೆಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಸೆಲ್ಫ್ ಎಕ್ಸಾಮಿನೆಷನ್ ಎ ಸೆಲೆಕ್ಟಿವ್ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ದಿ ಲಿಟರೆಚರ್ (19777–89). ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜ್ಯುಕೆಷನ್, 6(2): 83–92.

ಎಲ್ಲಾಮನ್ ಆರ್. ಆಂಡ್ ಬಿ. ಥಾಮಸ್. (1995), ಈಜ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ವೆಲ್ ಬಿಯಿಂಗ್ ಇಂಪೆರ್ಡ ಇನ್ ಲಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಆಪ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸ್ಕ್ರಿನಿಂಗ್. 2: 5–9.

ಎಲ್‌ವುಡ್ ಜೆ. ಎಮ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1988), ಎ ಸ್ಟ್ರ್ಯಾಟರ್ಜಿ ಫಾರ್ ದಿ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾಲಿಗ್ನಂಟ್ ಮೆಲನೋಮಾ ಇನ್ ನ್ಯೂಜಿಲೆಂಡ್. ನ್ಯೂಜಿಲೆಂಡ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಜರ್ನಲ್, 101: 602–4.

ಎಮೈಲ್ ಡರ್ಕೀಮ್ (1951), ಸೂಸೈಡ್: ಎ ಸ್ಟಡಿ ಇನ್ ಸೊಶಿಯಾಲಜಿ. ಇನ್ ಜಿ ಸಿಮ್ಸನ್, ಜೆ. ಎ. ಸ್ಪೌಲ್ಡಿಂಗ್ (ಎಡ್ಸ್). (ಟ್ರ್ಯಾನ್ಸ್). ಗ್ಲೇನ್‌ಕೊಲ್. ದಿ ಫ್ರೀ ಪ್ರೆಸ್ (ವೊರಿಜನಲ್ ವರ್ಕ ಪಬ್ಲಿಷಡ್ ಇನ್ 1857).

ಇವನ್ಸ್ ಡಿ. ಎಲ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1986), ಡಿಪ್ರೇಶನ್ ಇನ್ ವುಮೆನ್ ಟ್ರೀಟೆಡ್ ಫಾರ್ ಗೈನಾಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ನ್ಯೂರೊ ಎಂಡೊಕ್ರೈನ್ ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 143: 447–52.

ಎಜ್‌ವಿಲ್ಡೀನ್ ಎಮ್. ಇಬ್ರಾಹೀಮ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (1991), ವುಮೆನ್ಸ್ ನಾಲೆಜ್ ಆಫ್ ಆಂಡ್ ಎಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡ್ಸ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ ಎ ಡೆವಲೊಪಿಂಗ್ ಕಂಟ್ರಿ: ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ ಫಾರ್ ಪ್ರೊಗ್ರಾಮ್ ಇಂಟರ್‌ವನ್ಷನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜ್ಯುಕೆಷನ್, 6(2): 73–81.

ಫಾಬೆರೊ, ಎನ್. ಎಲ್, ಎಸ್. ಗಾಂಜ್ಲಾ ಎನ್. ಕಲ್ವರ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ರಿನೋಲ್ಡ್ಸ್ (1971), ಆನ್ 8 ಇಯರ್ ಸರ್ವೆ ಆಫ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸೂಸೈಡ್ಸ್. ಲೈಫ್ ಥ್ರೆಟೆನಿಂಗ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್, 1: 184–201.

ಫಜೆನಿಲೆಹಿನ್. ಬಿ. ಆರ್. ಆಂಡ್ ಎ. ಓ. ಫೆಬಿಯೊ (1991), ಪರ್ಸೆಪ್ಷನ್ ಆಫ್ ಸಿಚ್ಯುವೆಷನಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಅಸೊಶಿಯೆಟೆಡ್ ವಿಥ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಜೆಷನ್ ಅಮಂಗ್ ಸೆಲೆಕ್ಟೆಡ್ ನೈಜೆರಿಯನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 16: 469–74.

ಫಾಲ್ಲರ್ ಎಚ್. ಎ. ಶಿಲ್ಲಿಂಗ್ ಎಮ್. ಓಟ್ಟೆನಿ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಲಾಂಗ್ (1995), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ್ ಟ್ಯೂಮರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಪಾರ್ಟನರ್, ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ ಎನ್ಯುವಲ್, 41: 141–57.

ಫಾಲೊಫೀಲ್ಡ್ ಎಲ್. (1995), ಹೆಲ್ಪಿಂಗ್ ದಿ ರಿಲೆಟಿವ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯುರೋಪಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 31ಎ: 1731–2.

ಫಾಲೊಫೀಲ್ಡ್ ಎಲ್. (1996), ಹ್ಯಾಸ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಹೆಲ್ಪಡ್ ಇನ ದಿ ಮ್ಯಾನೆಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜರ್ನಲ್, 2: 107–113.

ಫಾವರಿಝ ಎಫ್. ಐ. ಮತ್ತು ಇತರರು (1990), ಎ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರ್ಡ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಖಖ ಚೆಂಜಸ್ ಒವರ್ ಟೈಮ್ ಇನ್ ಮೆಥೆಡ್ಸ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಎಫೆಕ್ಟಿವ್ ಡಿಸ್ಟರ್ಬನ್ಸ್. ಆರ್ಚಿವ್ಸ್ ಆಫ್ ಜರ್ನಲ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 47: 729–35.

ಫಾವರಿಝ ಆಯ್. ಎಫ್. ಎನ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಫಾವರಿಝ ಎಲ್. ಎ. ಅರ್ನಡಟ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಓ. ಪಸನು (1995), ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಟರ್‌ವನ್ಷನ್ಸ್ ಇನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೆರ್ ಆರ್ಚಿವಸ್ ಆಫ್ ಜನರಲ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 52: 100–30.

ಫೆದರ್ ಬಿ. ಎಲ್. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎಮ್. ವೆನಸ್ಟೊಕ್ (1988), ಪರ್ಸೆಪ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೊಸ್ಟ್ ನ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟಮಿ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಪಾರ್ಟ 1 ದಿ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ ಬಿಟ್ವಿನ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ ಪ್ರೊವೈಡರ್ಸ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ 12: 293–300.

ಫೇಲ್ಡರ್ ಪುಯಿಗ್ ಆರ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1998), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಎಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಯಂಗ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ ಆಫ್ಟರ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಪ್ ಬೋನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 6(83–1).

ಫ್ಲೇಯಂಟ್ ಜೆ. (1980), ದಿ ಪೂರ್: ಹು ಆಂಡ್ ವ್ಹೇರ್, ಇನ ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ (ಎಡ್ಸ್) ಬ್ರಿಡ್ಜಿಂಗ್ ದಿ ಗ್ಯಾಪ್ಸ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೆರ್: ಪ್ರೊಸಿಡಿಂಗ್ಸ ಫಾರ್ ದಿ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕಾನ್ಫರೆನ್ಸ ಆನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ ದಿ ಪೂಲ್. ಅಟ್ಲಾಂಟಾ: ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ.

ಫಾರೆಸ್ಟರ್ ಬಿ. ಎಮ್. ಡಿ. ಎಸ್. ಕಾರ್ನಫೇಲ್ಡ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎಲ್. ಫ್ಲೈಸ್ (1985), ಸೈಕೊ ಥೆರಪಿ ಡ್ಯುರಿಂಗ್ ರೇಡಿಯೊ ಥೆರಪಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆನ್ ಎಮೊಷನಲ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕಿಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 142: 22–7.

ಫ್ರ್ಯಾಂಕ್ ಎಮ್. ಸ್ಟ್ರೊಂಬರ್ಗ ಆಂಡ್ ಪಿ. ರೈಟ್ (1984), ಅಂಬುಲೆಟರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಪರ್ಸೆಪ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಫಿಸಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಚೆಂಜಸ್ ಇನ ದೆರ್ ಲೈವಸ್ ಸಿನ್ಸ್ ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 7: 117–29.

ಫ್ರೀಮನ್ ಎಚ್. (1989), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ದಿ ಸೊಶಿಯೊ ಎಕನಾಮಿಕಲಿ ಡಿಸ್ವಾಂಟೆಜ್‌ಡ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜರ್ನಲ್ ಫಾರ್ ಕ್ಲಿನಿಸಿಯಲ್ಸ್, 39: 266–88.

ಫ್ರೈಡ್‌ಮನ್ ಜೆ. ವಿ. ಫ್ಲೋರಿಯನ್ ಆಂಡ್ ಇ ಝುಮಿಟ್ಸ್ಕ ಶುರ್ಕಾ (1989), ದಿ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್ ಆಫ್ ಲೊನಲಿನೆಸ್ ಅಮಾಂಗ್ ಯಂಗ್ ಅಡಲ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 7(3): 1–29.

ಫಂಚ್ ಡಿ. ಪಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ ಮಾರ್ಶಲ್ (1983), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಎಜ್ ಇನ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಫ್ರಾಮ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಜರ್ನಲ್ ಸೈಕೊ ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ರಿಸರ್ಚ, 27(1): 77–83.

ಗಂಬಾ ಎ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1992), ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಸರ್ಜಿಕಲಿ ಟ್ರಿಟೆಡ್ ಫಾರ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ 14(218–23).

ಗಾನ್ ಟಿ. ಓ. (1998), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಹೋಮ್ ವಿಸಿಟಿಂಗ್ ನರ್ಸ ಇನ ದಿ ಟರ್ಮಿನಲ್ ಕೆಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಫ್ರಾಮ್ ಕೊಆಪರೇಶನ್ ವಿಥ್ ಅದರ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ರಿಸೊರ್ಸಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 15: 2817–20.

ಗ್ಯಾಂಗ್ ಪಿ. ಸಿ. ಚ್ಯಾಗ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಹೆನ್ರಿಚ್ (1985), ದಿ ಸೈಕೊ ಸೋಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ದಿ ಎಲ್ಡರ್ಲಿ: ಅ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ವಿಥ್ ಯಂಗರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರಿಯಾಟ್ರಿಕ್ ಸೊಸೈಟಿ, 33: 429–35.

ಗಂಝು ಎ. ಪಿ. (1995), ಅಡ್ವೊಕೆಟಿಂಗ್ ಫಾರ್ ದಿ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಜರ್ನಲ್ ಫಾರ್ ಕ್ಲಿನಿಸಿಯೆನ್ಸ್, 45: 114–26.

ಗಂಝು ಪಿ. ಎ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1993), ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟಿಂಗ್ ಸೈಕೊ ಸೋಶಿಯಲ್ ರಿಸ್ಕ್ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕೆರ್, 31: 419–31.

ಗಾಂಝು ಪಿ. ಎ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1997), ಲೈಫ್ ಆಫ್ಟರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಂಡರ್‌ಸ್ಟ್ಯಾಂಡಿಗ್ ವುಮೆನ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ ರಿಲೆಟೆಡ್ ಕೊಲ್ ಆಂಡ್ ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 16: 501–14.

ಜೆರ್ಮಿನೊ ಬಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಡಾಲ್ಟೋನ್ (1986), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಲಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫೊರಮ್, 13(ಸಪ್ಲಿಮೆಂಟರಿ) 97.

ಗೆರ್ಟ್ಸ್, ಪಿ. ಆಂಡ್ ಬಿ. ಡೆ ಬ್ರಬಂಡೆರ್ (1999), ಸೈಕೊ ಸೋಶಿಯಲ್ ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟರ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ನ್ಯೂರೊ ಕೆಮಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ಇಮ್ಮಿನೊ ಲಾಜಿಕಲ್ ಸಿಮ್ಟಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಆಕ್ಟಿವ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಅಮಾಂಗ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ ರಿಸರ್ಚ, 1: 51–61.

ಗ್ಲಿಬರ್, ಓ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಬೊರೊವಿಕ್ (1996), ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಥ್ರೆಟ್: ಇಂಪ್ಲಿಕೆಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಎ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಮಿಮೆಯೊ. ಹೈಫಾ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ, ಇಸ್ರೆಲ್: ಸ್ಕೂಲ್ ಆಫ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ,

ಗಿಲ್ಸ್ ಜಿ, ಟಿ. ಡ್ವೆಯರ್ ಎಮ್. ಕೊಟಸ್ ಆಂಡ್ ಬಿ. ಆರ್ಮಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ (1989), ಟ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಇನ ಸ್ಕಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ: ಆನ್ ಒವರ್ ವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಅವೆಲೆಬಲ್ ಡೆಟಾ. ಟ್ರಾನ್ಸಾಂಕ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ಮೆನ್‌ಜಿಸ್ ಫೌಂಡೆಶನ್, 15: 143–7.

ಗಿಟ್ಟರ್ಮನ್ ಎ. (ಈಡಿ) (1991), ಹ್ಯಾಂಡ್ ಬುಕ್ ಆಫ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್ ವಿಥ್ ವುಲ್ ನೆರೆಬಲ್ ಪಾಪ್ಯೂಲೇಶನ್ಸ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಕೊಲಂಬಿಯಾ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ಗಿವಾ ಕೆ. ಅಶಿಂಗ್ ಪಿ. ಗಂಝು ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಪಿಟರ್ಸೆನ್ (1999), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ ಆಫ್ರಿಕಲ್ ಅಮೇರಿಕನ್ ಆಂಡ್ ವೈಟ್ ಲಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 85: 418–26.

ಗ್ಲಾಂಝು ಕೆ. ಆಂಡ್ ಸಿ. ಲೆರ್ಮನ್ (1992), ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ರಿವಿವ್ಯೂ. ಆನ್ಯುವಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 14: 204–12

ಗೊಲ್ಡಬರ್ಗ ಆರ್. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎಮ್. ಟಲ್ (1983), ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಡೈಮೆನ್ಷನ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ನ್ಯೂ ಫ್ರೀ ಪ್ರೆಸ್.

ಗೊಲ್ಡಬರ್ಗ ಆರ್. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಓ. ಕಲ್ಲೆನ್ (1985), ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಇಂಪಾರ್ಟೆಂಟ್ ಟು ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ದಿ ಎವಿಡೆನ್ಸ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ ಮೆಡಿಸಿನ್, 20: 803–7.

ಗೂಗ್ ಎಮ್. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಸಿ. ಜೆ. ವೆರ್ಶ್ಕಿಯೋ (1981), ಎ ಪೈಲೆಟ್ ಇನ್ವೆಸ್ಟಿಗೆಷನ್ ಆಫ್ ಹೊಮ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೆರ್ ನೀಡ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಸ್ ಫೋರಮ್, 8: 24–8.

ಗೊರ್. ಎಸ್. (1978), ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಇನ ಮಾಡರೆಟಿಂಗ್ ದಿ ಹೆಲ್ತ್ ಕಾನ್ಸಿಕ್ವೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ಅನ್‌ಎಂಪ್ಲಾಯಮೆಂಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್, 19: 157–60.

ಗೊಟೆ ಸಿ. ಸಿ. (1984), ದಿ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಡುರಿಂಗ್ ಅರ್ಲಿ ಆಂಡ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ಸ್ಟೆಜಸ್: ದಿ ವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಮೇಟ್ಸ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 18: 605–13.

ಗೊಟ್ಚರ್ ಮೈಕಲ್ (1992), ಇಂಟರ್ ಪರ್ಸನಲ್ ಕಮ್ಯೂನಿಕೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್., 10(3): 1992.

ಗೊಟ್ಲಿಎಬ್ ಬಿ. ಎಚ್. (1981), ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ್ಸ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಇನ್ ಕಮ್ಯೂನಿಟಿ ಮೆಂಟಲ್ ಹೆಲ್ತ. ಇನ್ ಗೊಲ್ಬಹೆಬ್ (ಎಡ್) ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ್ಸ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ. ಬೆವೆರ್ಲಿ ಹಿಲ್ಸ್ (ಸಿ. ಎ.): ಸೇಜ್.

ಗೊಟ್ಚರ್ ಮೈಕಲ್ (1992), ಇಂಟರ್ ಪರ್ಸನಲ್ ಕಮ್ಯೂನಿಕೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 10(3): 1992.

ಗಾಗ್ ಐ. ಆರ್. (1994), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಸ್ ಆನ್ ಔಟಕಮ್ ವೆರಿಯೆಬಲ್ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಆಂಡ್ ಸರ್ಜರಿ. ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ, ನ್ಯೂಜಿಲ್ಯಾಂಡ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ, 64: 227–35.

ಗೌರಶ್ (1979), ಹೆಲ್ಪ ಸೀಕಿಂಗ್–ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ದಿ ಲಿಟರೆಚರ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕಮ್ಯೂನಿಟಿ ಸೈಕಾಲಜಿ, 6.

ಗ್ರೇಫ್ಫ್ ಎ. ಡೇ, ಜೆ. ಆರ್. ಜೆ. ಡೇ. ಲೀವ್ ಡಬ್ಲೂ. ಜೆ. ಜೆ. ರೊಸ್, ಜೆ. ಜೆ. ಹಾರ್ಡಿಕ್ ಜೆ. ಎಚ್. ಬ್ಲಿರಿಘಾಮ್ ಜೆ. ಎ. ಎಮ್. ವಿನ್ನಿಬ್‌ಸ್ಟ್ (1999), ಎ ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ಸ್ಟಡಿ ಆನ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಫ್ ದಿ ಒರಲ್ ಕ್ಯಾವಿಟಿ ಆರ್ ಒರೊಫ್ಯಾರಿಂಗ್ಸ್ ಟ್ರೀಟೆಡ್ ವಿಥ್ ಸರ್ಜರಿ ವಿಥ್ ಆರ್ ವಿಥೌಟ್ ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ. ಒರಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 35: 27–32.

ಗ್ರಾಂಡ್‌ಸ್ಟಾಫ್ ಎನ್. ಡಬ್ಲೂ. (1976), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ. ಇನ್ ಜೆ. ಎಮ್. ವೇಥ್ (ಎಡ್) ಫ್ರಾಂಟಿಯರ್ಸ ಆಫ್ ರೆಡಿಯೆಶನ್ ಥೆರಪಿ ಆಂಡ್ ಆಂಕಾಲಜಿ. ಬಾಸೆಲ್, ಸ್ವಿಡ್ಜರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್: ಎಸ್. ಕಾರ್ಗರ್.

ಗ್ರಾಸ್ಸೇನ್ ಬಿ. ಆಂಡ್ ಕೆ. ಗೂಡಕಿನ್ (1999), ಆನ್ ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಇಮಿನೊಲಾಜಿಕಲ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ ಆಸ್ ಮೇಡಿಯೆಟರ್ಸ ಬಿಟ್ವಿನ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರೊಗ್ರೆಶನ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸರ್ಚ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 5: 114–6.

ಗ್ರೇಡೊನ್ ಜೆ. ಇ. (1988), ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ ದ್ಯಾಟ್ ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಫಾಲೊವಿಂಗ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಫಾರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಸ್ಟಡಿಸ್, 25: 117–24.

ಗ್ರೀನ್ ಸಿ. ಪಿ. (1996), ಚೆಂಜಸ್ ಇನ್ ರಿಸ್ಪಾನ್ಸಿಬಿಲಿಟಿ ಇನ್ ವುಮೆನ್ಸ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ಆಫ್ಟರ್ ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಹೆಲ್ತ ಕೆರ್ ಫಾರ್ ವುಮೆನ್ ಇಂಟರನ್ಯಾಷನಲ್ 7: 221–39.

ಗ್ರೀರ್ ಎಸ್. (1985), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಸೈಕೊಲಾಜಿಲ್ ಯಾಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್. ಇನ್ ಗ್ರಾಸ್‌ಮೆನ್ ಕೆ. ಗ್ರಾನ್‌ವೈಟ್ (ಎಡ್), ರಿಸೆಂಟ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಸ್ ಇನ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ 5 ಎಡಿನ್‌ಬರ್ಗ: ಚರ್ಚಿಲ್ ಲಿವಿಂಗ್ ಸ್ಟೊನ್.

ಗ್ರೀರ್ ಎಸ್., ಎಸ್. ಮೂರೆ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಬರುಚ್ (1992), ಅಡ್ಜುವಂಟ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಥೆರಪಿ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎ ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ರ್‍ಯಾಂಡಮೈಸ್‌ಡ್ ಟ್ರಾಯಲ್. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಜರ್ನಲ್, 304: 675–80.

ಗ್ರೋಬ್ ಎಮ್. ಇ., ಡಿ. ಎಲ್. ಭಮನ್ ಆಂಡ್ ಡಿ ಎಮ್. ಆಲ್ಟ್ರಪ್ (1982), ನೀಡ್ ಅಸೆಸ್ಸಮೆಂಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫೊರಮ್, 9: 26–30.

ಗುಪ್ತಾ ಪಿ. ಸಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1986), ಎಪಿಡೆಮಿಯೊಲಾಜಿಕ್ ಕ್ಯಾರೆಕ್ಟರಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಟ್ರೀಟೆಡ್ ಒರಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಡಿಟೆಕ್ಟೆಡ್ ಇನ್ ಹೌಸ್ ಟು ಹೌಸ್ ಸರ್ವೆ ಇನ್ ಕೇರಳ, ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 23(4): 206–12.

ಹ್ಯಾಕೆಟ್ ಟಿ. ಪಿ. ಎನ್. ಎಚ್. ಕಾಸೀಮ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ರಾಕರ್ (1973), ಪೆಷಂಟ್ ಡಿಲೆ ಇನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ನ್ಯೂ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ಜರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 289: 14–20.

ಹಾಲ್ ಎ. ಆಂಡ್ ಬಿ. ವೆಲ್‌ಮನ್ (1985), ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ. ಇನ್ ಎಸ್. ಕೊಹೆನ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಎಲ್. ಸೈಮ್ (ಎಡ್ಸ್), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಅಕ್ಯಾಡಮಿಕ್ ಪ್ರೆಸ್.

ಹ್ಯಾರಿಂಗ್ಟನ್ ಎಮ್. (1987), ಹು ಅರ್ ದಿ ಪೂರ್? ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್, ಡಿ. ಸಿ.: ಜಸ್ಟಿಸ್ ಫಾರ್ ಆಲ್ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಆಫಿಸ್.

ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಆರ್. ಆರ್. ಗೂಡ್ ಆಂಡ್ ಪೊಲ್ಲಾಕ್ (1982), ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್ ಆಫ್ ಗೈನಿಕೊಲಾಜಿಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಆರ್ಚ ಸೆಕ್ಸ ಬಿಹೆವಿಯರ್, 11: 503–10.

ಹ್ಯಾರಿ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಹೆರ್ (1987), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಮೆಜರ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಟೆಸ್ಟಿಕೂಲರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 6: 1412–14.

ಹಸ್ಸಿ ಡೊವ್ ಕೆ, ಬಿ. ಆರ್. ಫೆರೆಲ್, ಎಸ್. ಡೆಗ್ ಜೆ. ಲಿ. ಆಂಡ್. ಪಿ. ಗುಲಶೇಕರಮ್ (1996), ಯಾನ್ ಇವ್ಯಾಲ್ಯೂವೇಶನ್ ಆಫ್ ದಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಅಮಂಗ್ ರಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸರ್ಚ ಆಂಡ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್, 39: 261–73.

ಹೆಡ್ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಈ. ಬ್ರೋಡ್ ಆಂಡ್ ಬಿ. ಎಚ್. ಕಪ್ಲಾನ್ (1991), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್: ಇಂಪ್ಲಿಕೆಶನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಫ್ಯುಚರ್ ರಿಸರ್ಚ ಆಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಕೆರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 67(ಸಪ್ಲೆ.3): 794–9.

ಹೆಲೆಗ್ಸನ್ ವಿ. ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಕೊಹೆನ್ (1996), ದಿ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ರಿಕಾನ್ಸಲಿಂಗ್ ಡಿಸ್ಕ್ರಿಪ್ಟಿವ್ ಕೊರಿಲೆಷನಲ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ರಿಸರ್ಚ. ಹೆಲ್ತ ಸೈಕಾಲಜಿ, 15: 135–48.

ಹೆಲ್ಲರ್ ಕೆ. (1979), ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಪ್ರಿವೆನ್ಷನ್ ಆಂಡ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಶನ್. ಇನ್ ಎ. ಪಿ. ಗೊಲ್ಡಸ್ಟೆನ್ ಆಂಡ್ ಎಫ್. ಎಚ್. ಕಾನ್ಫರ್ (ಎಡ್ಸ್) ಮ್ಯಾಗ್ನಿಮೈಜಿಂಗ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಗೆನ್ಸ್, ಟ್ರಾನ್ಸಫರ್ ಎನ್‌ಹ್ಯಾನ್ಸಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಸೈಕೊಥೆರಪಿ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಅಕ್ಯಾಡಮಿಕ್ ಪ್ರೆಸ್.

ಹಿಂಡ್ಸ್ ಸಿ. (1985), ದಿ ನಿಡ್ಸ್ ಆಫ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹು ಕೆರ್ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಾಟ್ ಹೊಮ್: ಆರ್ ವಿ ಮಿಟಿಂಗ್ ದೆಮ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 10: 575–81

ಹಿಟನ್ ಜೆ. (1972), ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಕನ್ಸಲ್ಟೆಷನ್ ಇನ್ ಫೆಟಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್, ಪ್ರೊಸಿಂಡಿಂಗ್ಸ್ ರಾಯಲ್ ಸೊಸೈಟಿ ಮೆಡಿಸಿನ್, 65: 29–32.

ಹಾಲೆಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. (1976), ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ಚಾಲೆಂಜ್ ಟು ದಿ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಸೈನ್ಸ್. ಇನ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಕೂಲೆನ್ ಬಿ. ಎಚ್. ಫಾಕ್ಸ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎನ್. ಐಸನ್ (ಎಡ್ಸ್), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ದಿ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಡೈಮೆನ್ಷನ್ಸ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ರೆವನ್ ಪ್ರೆಸ್.

ಹಾಲೆಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. (1982), ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಯಾಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ಜೆ. ಸಿ. ಹಾಲೆಂಡ್ ಆಂಡ್ ಇ. ಫ್ರೀ ಖಖಖ (ಎಡ್ಸ್), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೆಡಿಸಿನ್. ಫಿಲಾಡೆಲ್ಫಿಯಾ: ಲೀ ಆಂಡ್ ಫೆಬಿಗರ್.

ಹಾಲ್ಲಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. (1993), ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ ಆಂಕಾಲಜಿ. ಇನ್ ಜೆ. ಎಫ್. ಹಾಲೆಂಡ್ ಮತ್ತು ಇತರರು (ಎಡ್ಸ್). ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೆಡಿಸಿನ್. ಲೀ ಆಂಡ್ ಫೆಬಿಗರ್ ಫಿಲಾಡೆಲ್ಫಿಯಾ.

ಹಾಲೆಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು (1984), ದಿ ಸಿಮ್ಟಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಬಿಲಿಫ್ ಇನ್‌ವೆಂಟರಿ ಮೇಮೊರಿಯಲ್ ಸ್ಲೊನ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಕೆಟರಿಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್.

ಹಾಲ್‌ಮ್ಸ್ ಟಿ. ಎಚ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎಚ್. ರಾಹೆ (1967), ರೇಟಿಂಗ್ ಸ್ಕೆಲ್. ಜರ್ನಲ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ರಿಸರ್ಚ, 11(6): 213–7.

ಹೊಲೊಸ್ಕೊ ಎಮ್. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಪಿ. ಎ. ಟೇಲರ್ (1989), ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ ಕೆರ್ ಸೆಟಿಂಗ್ಸ್. ಟೊರಾಂಟೊ: ಕೆನಡಿಯನ್ ಸ್ಕಾಲರ್ಸ ಪ್ರೆಸ್.

ಹೌಸ್ ಜೆ. ಎಸ್. ಸಿ. ರೊಬ್ಬಿನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಎಚ್. ಮೆಂಟ್ಜರ್ (1982), ದಿ ಅಸೊಶಿಯೆಶನ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ರಿಲೆಶನ್‌ಶಿಪ್ ಆಂಡ್ ಯಾಕ್ಟಿವಿಟಿಸ್ ವಿಥ್ ಮಾರ್ಟೆಲಿಟಿ: ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ ಎವಿಡೆನ್ಸ್ ಫ್ರಾಮ್ ದಿ ಟೆಕುಮ್‌ಶೆಟ್ ಕಮ್ಯೂನಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟಡಿ. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಎಪಿಡರ್ಮಿಯಾಲಜಿ, 116: 1230–40.

ಹೌಟ್ಸ್ ಪಿ. ಎಸ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1984), ನಾನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಸ್ಟ್ ಟು ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ಔಟ್ ಪೆಷಂಟ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 53: 2388–92.

ಹೌಟ್ಸ್ ಪಿ. ಎಸ್. ಸಿ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ವ್ಹಿಟ್ನಿ ಆರ್. ಮೊರ್ಟಲ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಬಾರ್ಥೊಲೊಮೆವ (1986), ಫಾರ್ಮರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಯಾಸ್ ಕೌನ್ಸಿಲರ್ಸ ಆಫ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನಾಸೈಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ಸಿಟಿಟ್ಯೂಟ್, 76: 793–6.

ಹೌಟ್ಸ್ ಪಿ. ಎಸ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1985), ಕ್ಯಾರೆಕ್ಟರ್‌ಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಯಾಟ್ ರಿಸ್ಕ್ ಫೈನಾನ್ಸಿಯಲ್ ಬರ್ಡನ್ ಬಿಕಾಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಇಟ್ಸ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 3(2): 15–22.

ಹುಗೆಸ್ ಜೆ. (1982), ಎಮೊಷನಲ್ ರಿಯಾಕ್ಷನ್ಸ್ ಟು ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಂಡ್ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಅರ್ಲಿ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ರಿಸರ್ಚ, 26: 277–81.

ಹಂಟರ್ ಜೆ. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಎಚ್. ಜಾನ್ಸನ್ (1980), ಫಿಸಿಕಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಸಿಸ್ಟಮ್ಸ್ ಫಾರ್ ದಿ ಹೊಮ್ ಬಾಂಡ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಪೆಷಂಟ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ಆಂಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫೊರಮ್, 7: 21–23.

ಇಬ್ರಾಹಿಮ್ ಎಮ್. ಎಝ್ಝುಲ್ದಿನ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1989), ವುಮೆನ್ಸ್ ನಾಲೆಜ್ ಆಫ್ ಆಂಡ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡಸ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ಎ ಡೆವಲೊಪಿಂಗ್ ಕಂಟ್ರಿ: ಇಂಪ್ಲಿಕೆಶನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಪ್ರೊಗ್ರಾಮ್ ಇಂಟರವೆನ್ಷನ್ಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಶನ್, 3: 73–81.

ಇಂಡಿಯನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೋಸೈಟಿ (1993), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲೆಡಿ ರತನ್ ಟಾಟಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ರಿಸರ್ಚ ಸೆಂಟರ್, ಮುಂಬೈ: ಇಂಡಿಯಾ.

ಜಾಕೊಬ್ಸ್ ಸಿ. ಆರ್. ಡಿ. ರೋಸ್ ಆಂಡ್ ಐ. ಎಮ್. ವಾಕರ್ (1983), ಬಿಹೆವಿಯರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಎ ರ್‍ಯಾಂಡಮೈಜಡ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಎಜುಕೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಪೀರ್ ಸಪೊರ್ಟ ಗ್ರೂಪ್ಸ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 6: 347–53.

ಜಾಕೊಬ್ಸೋನ್ ಪಿ. ಬಿ. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಬಟ್ಲರ್ (1996), ರಿಲೆಶನ್ ಆಫ್ ಕಾಗ್ನಿಟ್ಯುವ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾಥೆಸ್ಟ್ರೊ ಪ್ರೈಸಿಂಗ್ ಟು ಅಕ್ಯುಟ್ ಪೆನ್ ಆಂಡ್ ಅನಲ್‌ಜೆಸಿಕ್ ಯಸ್ ಫಾಲೊಯಿಂಗ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ಜರಿ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 19: 17–9.

ಜೆನೆಟ್ ಪರಮೇಶ್ವರ್(2001) ಸೈಕೋ ಸೋಷಿಯಲ್ ಪ್ರಾಬ್ಲಮ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಶೆಂಟ್ಸ್

ಜೈನ್ಸ್ ಐ. ಎಲ್. (1958), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಜಾನ್ ವಿಲೆ ಆಂಡ್ ಸನ್ಸ್.

ಜಾಮಿಶೆನ್, ಕೆ. ಆರ್. ಡಿ. ಕೆ. ವೆಲ್ಲಿಚ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಒ. ಪಾಸ್ನು (1978), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಯಾಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ ನ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ ಋ: ದಿ ವುಮೆನ್ಸ್ ಪರ್ಸಫೆಕ್ಟಿವ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 135(4): 432–6.

ಜಯಂತ ಜೆ. ಮತು ಇತರರು. (1975), ಮೆಥಡಾಲಜಿ ಫಾರ್ ದಿ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ಎ ರೂರಲ್ ಪಾಪುಲೆಶನ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 12(3): 244–50.

ಜೆನ್ಸೆನ್ ಓ. ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಎ. ಎಮ್. ಬೊಲ್ಯಾಂಡರ್ (1980), ಟ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಇನ್ ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಮೆಲೆನೊಮಾ ಆಫ್ ದಿ ಸ್ಕಿನ್. ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಕ್ವಾರ್ಟಲಿ, 33: 2–26.

ಜಾನ್ಸನ್ ಸಿ. ಎಲ್. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಜೆ. ಕಾಟಾಲಾನೊ (1983), ಎ ಲ್ಯಾಂಜಿಟ್ಯುಡಿನಲ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಸಪೋರ್ಟ್ಸ್ ಟು ಇಂಪೆರ್‌ಡ ಎಲ್ಡರ್ಲಿ. ಜಿರೊಂಟೊಲಾಜಿಸ್ಟ್, 23: 612–8.

ಜಾಯ್ ಎನ್. ಸಿ. ಲೊವ್ (1986), ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ರಿಸ್ಪೊನ್ಸಸ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಜೆಶನ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫೊರಮ್, 2: 33–7.

ಜಾಯ್ಸ್ ಎಲ್. ಸಿ. ಮಾ (1996), ಡಿಸೈರ್‌ಡ್ ಆಂಡ್ ಪರ್ಸಿವಡ್ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಫ್ರಾಮ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ, ಫ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ ಪ್ರೊಫೆಷನಲ್ಸ್: ಎ ಪೆನೆಲ್ ಸ್ಟಡಿ ಇನ್ ಹಾಂಕಾಂಗ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ನ್ಯಾಸೊ ಪೆರಿಂಜಿಯಲ್ ಹಾರ್ಸಿನೊಮಾ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(3).

ಕೆಸರ್ ಎಫ್. ಸಿ. (1992), ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಫಂಕ್ಷನ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಒಲ್ಡರ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 6(ಸಪ್ಲೆ): 112–7.

ಕೆರ್ಸನ್ ಟಿ. ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಅಸೋಸಿಯೆಟ್ಸ್ (1989), ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ ಸೆಟಿಂಗ್ಸ್: ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್ ಇನ್ ಕಾಂಟೆಕ್ಸ್ಟ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಹಾವರ್ಥ ಪ್ರೆಸ್.

ಕಿನ್ನೆ ಸುಸನ್ (1996), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸ್ಕ ರಿಲೆಟೆಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್ಸ ಆಂಡ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ಸ್ ಒಲ್ಡರ್ ವರ್ಕರ್ಸ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜ್ಯೂಕೆಶನ್, 11: 86–95.

ಕ್ಲೆನ್ ಆರ್. ಎಫ್. ಎ. ಡೀನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಡಿ. ಬೊಗ್ಡೊನೊಫ್ (1967), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಅಪಾನ್ ದಿ ಸ್ಪೌಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ರಾನಿಕ್ ಡಿಸಿಸ್, 20: 241–8.

ಕೊನಿಂಗ್ ಅರ್. ಎಸ್. ಎಮ್. ಲೆವಿನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಬ್ರೆನ್ನಾ (1967), ದಿ ಎಮೊಶನಲ್ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಯಾಸ್ ಮೆಜರ್‌ಡ್ ಬೈ ಎ ಸೈಕಾಲಾಜಿಲ್ ಟೆಸ್ಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ರೊನಿಕ್ ಡಿಸಿಸ್, 20: 923–30.

ಕೊಠಾರಿ ಸಿ. ಆರ್. (1990), ರಿಸರ್ಚ ಮೆಥಡಾಲಜಿ–ಮೆಥೆಡ್ಸ್ ಟೆಕ್ನಿಕ್ಸ್ ನ್ಯೂ–ದೆಹಲಿ: ವಿಶ್ವ ಪ್ರಕಾಶನ.

ಕ್ರಾಂಟ್ ಎಮ್. ಜೆ. (1981), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಗೈನಿಕೊಲಾಜಿಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. 48: 608–12.

ಕ್ರೆಬ್ಸ್-ಸ್ಮಿತ್ ಸುಸನ್ (1998), ಪ್ರೊಗ್ರೆಸ್ ಇನ್ ಇಂಪ್ರೂವಿಂಗ್ ಡೈಯಟ್ ಆಫ್ ರೆಡ್ಯುಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸ್ಕ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 1, ವ್ಯಾಲ್ಯೂಮ್ 83. ನಂ. 7.

ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ ಪಿ. ಆರ್. (1989), ಎನ್ವೈರ್‌ಮೆಂಟಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ದಿ ಇಂಡಿಯನ್ ಕಾಂಟೆಕ್ಸ್– ಯಾನ್ ಓವರ್ ವಿವ್ಯೂ. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 26: 102–14.

ಕರ್ಟಜ್‌ಮ್ಯಾನ್ ಎಸ್. ಎಚ್. ಬಿ. ಗಾರ್ಡನರ್ ಆಂಡ್ ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಎಸ್. ಕೆಲ್ನರ್ (1988), ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೇಶನ್ ಆಫ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಷಂಟ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸರ್ಜರಿ, 155: 791–803.

ಲಾಕೊವಿನೋ ವಿ. ಆಂಡ್ ಕೆ. ರೇಸರ್ (1997), ಲಿಟರೆಚರ್ ಆನ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಟು ಅಡ್ರೆಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಷಂಟ್ಸ್ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ನಿಡ್ಸ್: ವ್ಹಾಟ್ ಡಸ್ ಇಟ್ ಟೆಲ್ ಅಸ್? ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 15(2): 47–71.

ಲ್ಯಾಂಬ್ ಎಮ್. (1985), ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಡಿಸ್ಫಂಕ್ಷನ್ ಇನ್ ದಿ ಗೈನಿಕಾಲಜಿ, ಆಂಕಾಲಜಿ ಪೇಷಂಟ್. ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್, 1: 9–17.

ಲ್ಯಾಂಡಿರೊ ಇಂಗಾ–ಕರಿಮ್ ಆಂಡ್ ಎರಿಕ್ ಟ್ರೆಲ್ (1996), ಎ ಕೊಶ್ಚನೆರ್ ಟು ಮೆಜರ್ ನಾಲೆಡ್ಜ್ ಆಫ್ ಆಂಡ್ ಎಜುಕೆಶನ್ ಅಬೌಟ್ ಟ್ಯೂಮರ್ ಡಿಸಿಸಸ್ ಇನ್ ಸ್ವೀಡನ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಶನ್, 11: 45–9.

ಲ್ಯಾನಸ್ಕಿ ಎಸ್. ಬಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು (1985), ಆಬ್ಸೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ಮೆಜರ್ ಡಿಪ್ರೆಸಿವ್ ಡಿಸ್‌ಆರ್ಡರ್ ಇನ್ ಫಿಮೆಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಷಂಟ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 3: 1553–60.

ಲಥಾ ಪಿ. ಓ. (1996), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಇನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಷಂಟ್ಸ್. ಇನ್ ಪಿ. ಎಸ್. ಚಂದ್ರ, ಎಸ್. ಕೆ. ಚತುರ್ವೆದಿ, ಎಮ್. ಎಸ್. ಚನ್ನಬಸವಣ್ಣ (ಎಡ್ಸ್) ಲಕ್ಚರ್ ನೋಟ್ಸ್ ಇನ್ ಸೈಕೊ–ಆಂಕಾಲಜಿ. ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಲಾವೆಲ್ ವಾಯ್. ಎಚ್. ಕಬ್ಬಿನ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಪಿಟರ್ಸನ್ (1987), ದಿ ಡಬಲ್ ಎಬಿಸಿಎಕ್ಸ್ ಮಾಡಲ್ ಆಫ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಂಡ್ ಅಡಪ್ಟೆಷನ್: ಯಾನ್ ಎಂಪಿರಿಕಲ್ ಟೆಸ್ಟ್ ಬೈ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರಕ್ಚರಲ್ ಇಕ್ವೆಶನ್ಸ್ ವಿಥ್ ಲೆಂಟೆಂಟ್ ವೆರಿಯೆಬಲ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾರೇಜ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ, 47: 811–25.

ಲೆಬೊವಿಟ್ಸ್ ಎಚ್. ಅಲ್ಲೆನ್ ಜಿ. ಲಿಲಾ ಗೊಎನ್ ಆಂಡ್ ಝುಡ್ ರೋನ್ನಿ ಗೊಟಝೆಲ್ (1984), ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ಸ್ ಟುವರ್ಡ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ 54: 1124–9.

ಲೆಫಲ್ ಎಲ್. ಎಚ್. ಮೆನೆಕ್ ಜೆ. ಸ್ಟೀಲ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ವಿಂಚೆಸ್ಟರ್ (1992), ಸ್ಟೆಶಿಯಲ್ ಪಾಪ್ಯೂಲೇಶನ್ ಜೆ. ಸ್ಟಿಲೆ, ಡಿ. ವಿಂಚೆಸ್ಟರ್, ಎಚ್. ಮೆನೆಕ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಮರ್ಫಿ (ಎಡ್ಸ್).

ಲೆವೀಸ್ ಎಫ್. ಈ. ಎಲ್ಲಿಸನ್ ಆಂಡ್ ಎನ್. ವೂಡ್ಸ್ (1985), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ: ಸೆಮಿನಾರ್ಸ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಾಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್, 1: 206–13.

ಲೆವೀಸ್ ಎ. ಎಮ್. ಸಿ. ಎಸ್. ಹೆನ್‌ಸಂಡ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಸಿ. ಪಾಂಕಿರ್ (1994), ಎಕ್ಸಪ್ಲೋರಿಂಗ್ ಆಂಕಾಲಾಜಿಸ್ಟ ಬಿಲಿಫ್ಸ್ ಅಬೌಟ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಗ್ರೂಪ್ಸ್: ಇಂಪ್ಲಿಕೇಶನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ ಆಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 12: 77–87.

ಲೆವೀಸ್ ಎಫ್. ಎಮ್. ಎಮ್. ಎ. ಹಾಮ್ಮೊಂಡ್ ಆಂಡ್ ಎನ್. ಎಫ್. ವೂಡ್ಸ್ (1993), ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ವಿಥ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನೈಜಡ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಇನ್ ದಿ ಮದರ. ದಿ ಡೆವೆಲೊಪಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಯಾನ್ ಎಕ್ಸಪ್ಲೊನೆಟರಿ ಮಾಡೆಲ್. ಜರ್ನಲ್ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 16: 1–20.

ಲೆವಿ ಎ. ಎಮ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1991), ಇಮ್ಮಿನೊಲಾಜಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟರ್ಸ ಆಫ್ ಡಿಸಿಸ್ ರೆಕರೆನ್ಸ್ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅರ್ಲಿ ಸ್ಟೇಜ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 17(2): 67–75.

ಲಾವೆಂಡೊಸ್ಕಿ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಎಲ್. ಜೊನ್ಸ್ (1988), ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 11: 313–21.

ಲೇವಿಸ್ ಎಫ್. ಎಮ್. (1983), ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಲೆವೆಲ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಫಾರ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಪೆಷಂಟ್ ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಡಿಸ್ಟಿಂಗ್ಷನ್ಸ್, ಫಲಾಸಿಸ್ ಆಂಡ್ ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 6(3): 193–200.

ಲೇವಿಸ್ ಎಫ್. ಎಮ್. (1986), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಎ ಕ್ರಟಿಕಲ್ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ದಿ ರಿಸರ್ಚ ಲಿಟರೆಚರ್. ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಎಜುಕೆಶನ್ ಆಂಡ್ ಕೌನ್ಸಿಲಿಂಗ್, 8: 269–89.

ಲೇವಿಸ್ ಎಫ್. ಎಮ್. (1990), ಸ್ಟ್ರೆಂಗ್ತನಿಂಗ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಸಪೋರ್ಟ್ಸ: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 65: 752–9.

ಲೇವಿಸ್ ಎಫ್. ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಆರ್. ಬ್ಲೂಮ್ (1978), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಸೆಲೆಕ್ಟೆಡ್ ಲಿಟರೆಚರ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ ಇನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 9(1): 1–17.

ಲಿಚ್‌ಮನ್ ಆರ್. ಆರ್. (1992), ಕ್ಲೋಸ್ ರಿಲೇಶನ್‌ಶಿಪ್ಸ್ ಆಫ್ಟರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಡಾಕ್ಟೋರಲ್ ಡಿಜರ್ಟೆಶನ್), ಲಾಸ್ ಎಂಜಿಲ್ಸ್: ಅನ್ ಪಬ್ಲಿಷಡ್.

ಲಿಚ್‌ಮನ್ ಆರ್. ಆರ್. ಎಸ್. ಈ. ಟೆಲರ್ ಎಸ್. ಈ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ವಿ. ವೂಡ್ (1987), ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಮರಿಟಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ಟರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್–ಆಂಕಾಲಜಿ, 5(3): 47–74.

ಲೀಬರ್ ಎಲ್. ಎಮ್. ಎಮ್. ಪ್ಲಂಬ್ ಎಮ್. ಎಲ್. ಗರ್ಸಟೆಂರ್ಝಾಂಗ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ್ (1976), ದಿ ಕಮ್ಯೂನಿಕೇಶನ್ ಆಫ್ ಅಫೆಕ್ಷನ್ ಬಿಟ್ವಿನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್ ಸೈಕೊಸೊಮಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 38: 379–83.

ಲೀನ್ ಎನ್. ಆರ್. ಎಸ್. ಸೈಮ್‌ಒನ್ ಆಂಡ್ ಎನ್ಸೆಲ್ (1979), ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಸ್ಟ್ರೆಸ್‌ಫುಲ್ ಲೈಫ್ ಇವೆಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್. ಅ ಮಾಡೆಲ್ ಆಂಡ್ ಆನ್ ಎಂಪಿರಿಕಲ್ ಟೆಸ್ಟ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ ಆಂಡ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್, 20: 108–19.

ಲಿಪೊವಸ್ಕಿ ಝಡ್. (1970), ಫಿಸಿಕಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್: ದಿ ಇಂಡಿವಿಜ್ಯೂವಲ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಕಾಪಿಂಗ್ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 1: 91–102.

ಲಿಟ್ಟಲ್‌ಫೀಲ್ಡ್ ವಿ. (1977), ದಿ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಸೆಕ್ಸುವ್ಯಾಲಿಟಿ ಎವೋರ್ನ ಜೆ, 26: 649–58.

ಲೊಹರರ್ ಪಿ. (1991), ನಾಲೆಡ್ಜ್ ಆಂಡ್ ಬಿಲಿಫ್ಸ್ ಅಬೌಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ದಿ ಸೊಶಿಯೊ ಎಕನಾಮಿಕಲಿ ಡಿಸ್ವಾಂಟೆಜ್‌ಡ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ 68: 1665–71.

ಲವಲಿ ಪಿ. ಮ್ಯಾರಿ (1998), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆನ್ ಟ್ಯೂಮರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಸೆಮಿನಾರ್ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್, 14(1): 73–80.

ಲುಯಿ ಇ. ಆಂಡ್ ಕೆ. ಅಡಾಮೊಸ್ಕಿ (1995), ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಇನ ದಿ ಎಮರ್ಜೆನ್ಸಿ ಡಿಪಾರ್ಟಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಅ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್–ಇನ್‌ವ್ಯಾಲ್ಯೂವೆಬಲ್ ರಿಸೋರ್ಸ. ಹಾಂಕಾಂಗ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಎಮರ್ಜೆನ್ಸಿ ಮೆಡಿಸಿನ್, 2: 65–9.

ಲುಯಿಗಿ ಗ್ರಾಸ್ಸಿ ಐ. ಮೊನಿಕಾ ಎಮ್. ಮಾಕ್ರೊ ಎಫ್. ಫಾಬ್ರಿಕೊ ಎಫ್. ಲೌರಾ ಆಂಡ್ ಐ. ರಫೆಲ್ಲಾ (1996), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ ಹೊಮ್ ಬಾಂಡ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್‌ಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ಸ್ ಬೈ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಮೆಂಬರ್ಸ ಆಂಡ್ ಒಂಕಾಲಾಜಿಸ್ಟ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(3): 1996.

ಮಾಡ್ರಿಯೊಸ್ ಎಮ್. (1984), ಎ ವಿವ್ಯೂ ಟುವರ್ಡ್ಸ ಹಾಸ್ಪಟಲೈಜೆಶನ್: ದಿ ಮ್ಯಾಕ್ಸಿಕನ್ ಅಮೇರಿಕನ್ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಅಡ್ವನ್ಸಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 9(5): 469–78.

ಮಾಜೆಸ್ ಎನ್. ಎಲ್. ಆಂಡ್ ಜಿ. ಮೆಂಡೆಲ್ಸೋಹ್ನ (1979), ಎಫೆಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಲೈವಸ್: ಎ ಪರ್ಸೊನಾಜಿಕಲ್ ಅಪ್ರೋಚ್, ಇನ್ ಜಿ. ಸಿ. ಸ್ಟಿನ್, ಎಫ್. ಕೊಹೆನ್ ಆಂಡ್ ಎನ್. ಇ. ಅಡ್ಲೆರ್ (ಎಡ್ಸ್), ಹೆಲ್ತ ಸೈಕಾಲಜಿ: ಅ ಹ್ಯಾಂಡ್ ಬುಕ್ ಸ್ಯಾನ್‌ಫ್ರ್ಯಾನ್ಸಿಸ್ಕೊ: ಜರ್ಸಿಬಾಸ್.

ಮಾಗೆಸ್ ಎನ್. ಎಲ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1981), ಪ್ಯಾಟರ್ನಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ-ಸೊಶಿಯಲ್ ರಿಸ್ಪಾನ್ಸ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಕ್ಯಾನ್ ಎಫೆಕ್ಟಿವ್ ರೆಪ್ಪೇಶನ್ ಬಿ ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟೆಡ್? ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ರೆಡಿಯೆಶನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಬಯೊಲಾಜಿ ಫಿಸಿಕ್ಸ್, 7: 385–92.

ಮಾಗ್ಯೂರ್ ಪಿ. ಎ. ಟೆಲ್ ಎಮ್. ಬ್ರೂಕ್ ಸಿ. ಥಾಮಸ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಸೆಲ್ಲವೂಡ್ (1980), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಕೌನ್ಸಿಲಿಂಗ್ ಆಫ್ ದಿ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಮೊರ್ಬಿಡಿಟಿ ಅಸೊಸಿಯೆಟೆಡ್ ವಿಥ್ ನ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ. ಬ್ರಿಟಿಷ ಮೆಡಿಕಲ್ ಜರ್ನಲ್, 281: 1454–6.

ಮಾಗ್ಯುರ್ ಪಿ. (1985), ದಿ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 34: 100–3.

ಮಾಲೊನ್ ಎಮ್. ಎ. ಎಲ್. ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ಕೆ. ಲೊಸ್ಕೊಂಬೆ (1994), ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ವರ್ಕ ರಿಕ್ರಿಯೆಶನ್, ಹೊಂ ಮ್ಯಾನೆಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಲಿಪ್ ಯುಸಿಂಗ್ ಅ ಜರ್ನಲ್ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಮೆಜರ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ದಿ ರಾಯಲ್ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 87: 386–6.

ಮಾರ್ಕೆಟ್ ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಎಮ್. ಆಂಡ್ ವಿ. ಬಿ. ಸಿಮೊನ್ (1985), ದಿ ಹಾಸ್ಪೆಸ್ ಕಾನ್ಸೆಪ್ಟ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 28: 225–37.

ಮಾರ್ಕ್ಸ ಆರ್. (1987), ನಾನ್ ಮೆಲನಾಟಿಕ್ ಸ್ಕೀನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಸೊಲಾರ್ ಕೆರಟೊಸಸ್: ದಿ ಕ್ವಿಟ್ 20ಣು ಸೆಂಚುರಿ ಎಪಿಡಮಿಕ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಡರ್ಮಿಟಾಲಜಿ, 19: 1045–52.

ಮ್ಯಾಥ್ಯೂಸ್ ಕೆ. ಅಲಿಸಿಯಾ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1999), ಸೆಕ್ಸೂವಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಮೂಡ್ ಅಮಂಗ್ ಲಾಂಗ್‌ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಆಫ್ ಕ್ಲಿಯರ್–ಸೆಲ್ ಅಡಿನೊ ಕಾಸಿನೊಮಾ ಆಫ್ ದಿ ವೆಜೈನೊ ಆರ್ ಸರ್ವಿಕ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 17(3/4).

ಮಾಕ್‌ಫ್ಲರಿ ಡಿ. ವೆಲ್ಡ್ (1983), ವೆನ್ ಇಟ್ ಕಮ್ಸ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಥಿಂಕ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ. ನರ್ಸಿಂಗ್, 83(12): 32–5.

ಮ್ಯಾಕ್‌ಕಫ್ಫರಿ ಡಿ. ವೆಲ್ಟ್ ಬಿ. ಹಾಫ್ಮನ್ ಲೀಫ್ ಎಸ್. ಎ. ಲೊಯಿಸ್ಟರ್ ಆಂಡ್ ಎಫ್. ಎಲ್. ಮೆಸ್ಕೆನ್ಸ್ (1989). ಸರ್ವೈವಿಂಗ್ ಅಡಲ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಪಾರ್ಟ 2. ಸೈಕೊ-ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಶನ್ಸ್. ಎನ್ಯುವಲ್ಸ್ ಇಂಟರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 111: 517–24.

ಮ್ಯಾಕ್‌ಕೊರ್ಕಲ್ ಆರ್. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಓ. ಬೆನೊಲೀಟ್ (1983), ಸಿಮ್ಟಮ್ಸ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್, ಕರೆಂಟ್ ಕರ್ನ್ಸನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೂಡ್ ಡಿಸ್ಟರ್ಬನ್ಸ್ ಆಫ್ಟರ್ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಥ್ರೆಟನಿಂಗ್ ಡಿಸಿಸ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 17: 431–8.

ಮ್ಯಾಕ್‌ಫಾರ್ಲೆನ್ ಎ. ಎಚ್. ಜಿ. ಆರ್. ನಾರ್ಮೊನ್ ಡಿ. ಎಲ್. ಸ್ಟ್ರೇನರ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಜಿ. ರಾಯ್ (1983), ದಿ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್: ಸ್ಟಬಲ್, ರೆಸಿಪ್ರೊಕಲ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಕೆಟಿಂಗ್ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್, ಜರ್ನಲ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್ಸ, 24: 160–73.

ಮ್ಯಾಕ್‌ಇಂತೋಶ ಜೆ. (1976), ಪೆಷೆಂಟ್ಸ್ ಅವೆರ್ನೆಸ್ ಆಂಡ್ ಡಿಸೈರ್ ಫಾರ್ ಇನ್ಫರ್ಮೆಶನ್ ಡೈಗ್ನೊಜಡ್ ಬಟ್ ಅನ್–ಡಿಸ್ಕ್ಲೊಜಡ್ ಮ್ಯಾಲಿಗ್ನೆಂಟ್ ಡಿಸಿಸ್. ಲ್ಯಾನ್‌ಸೆಟ್, 2: 300–3.

ಮ್ಯಾಕ್‌ಕ್ಯೂಲ್ಲೊನ್ ಆರ್. ಪಿ. ಬಿ. ಕ್ರಾವೇನ್ ಜಿ. ಬಿ. ರುಸ್ಸೆಲ್ ಎಸ್. ಹಾಫ್ಮನ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎಮ್. ಕ್ರು ಮತ್ತು ಇತರರು. (1996), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಬಿಫೊರ್ ಆಂಡ್ ಆಫ್ಟರ್ ಅಟೊಲೊಗಸ್ ಬೊನ್ ನ್ಯಾರೊ ಟ್ರಾನ್ಸಪ್ಲಾಂಟೆಶನ್. ಬೊನ್ ನ್ಯಾರೊ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಪ್ಲಾಂಟ್, 18: 579–84.

ಮೆಹತಾ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಬಿ. ಎಮ್. ಅಬ್ರೊಲ್ (1982), ಎಮೊಷನಲ್ ರಿಯಾಕ್ಷನ್ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಲ್ಯಾರಿಂಜಿಯಲ್ ಕಾರ್ಸಿನೊಮಾ. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕಾಲಜಿ, 9(2): 107–12.

ಮಿಯೆರ ಟಿ. ಸಿ. ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಎಮ್. ಮಾರ್ಕ (1995), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ವಿಥ್ ಅಡಲ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಎ ಮೆಟಾ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ರ್‍ಯಾಂಡಮೈಸಡ್ ಎಕ್ಸಿಪಿರಿಮೆಂಟ್ಸ್. ಹೆಲ್ತ ಸೈಕಾಲಜಿ, 14: 101–8.

ಮೆಯರೋವಿಟ್ಝ್ ಬಿ. ಇ. (1986), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಕೊರಿಲೆಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಇಟ್ಸ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್. ಸೈಕೊ–ಬುಲೆಟಿನ್, 87: 108–31.

ಮಿಲ್ಲರ್ ಜೆ. ಎಫ್. (1983), ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಕ್ರಾನಿಕ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್: ಒವರ್‌ಕಮಿಂಗ್ ಪಾವರ್ಲೆಸ್‌ನೆಸ್ ಫಿಲಾಡೆಲ್ಫಿಯಾ: ಎಫ್. ಎ. ಡೆವಿಸ್.

ಮಿಟ್ಚೆಲ್ ಜೆ. ಸಿ. (1969 ಎ), ದಿ ಕಾನ್ಸೆಪ್ಟ ಆಂಡ್ ಯುಸ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ್ಸ. ಇನ್ ಜೆ. ಸಿ. ಮಿಟ್ಚೆಲ್ (ಎಡ್ಸ್). ಸೊಶಿಯಲ್ ನೆಟ್ವರ್ಕ್ಸ ಇನ್ ಅರ್ಬನ್ ಬಾಥ ಮ್ಯಾಂಚೆಸ್ಟರ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್: ಮ್ಯಾಂಚೆಸ್ಟರ್.

ಮೊರ್ ವಿ. ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಲಾಲಿಬೆರ್ಟೆ (1984), ಬುರೊಟ್ ಅಮಂಗ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸ್ಟಾಫ್. ಹೆಲ್ತ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ, 9: 274–83.

ಮೊರ್ ವಿ. ಎಸ್. ಅಲ್ಲೇನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಮಾಲಿನ್ (1994), ದಿ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ಒಲ್ಡರ್ ವರ್ಸಸ್ ಯಂಗರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆನ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ, 74: 2118–27.

ಮೊರಿಸ್ ಟಿ. (1979), ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿವಿವ್ಯೂ 6: 41–61.

ಮೊರಿಸ್ ಟಿ. ಎಸ್. ಗ್ರೀರ್ ಆಂಡ್ ಪಿ. ವೈಟ್ (1979), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ನ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 40: 2381–7.

ಮಾರ್ಟನ್ ಆರ್. ಪಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1984), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಇನ್ ಟ್ರಿಟೆಡ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಕ್ಲಿನ್. ಓರೋ ಆರ್ಥಿನೊ ಲ್ಯಾರಿಂಜೊಲ್, 9: 181–5.

ಮೊಸ್ಬಾಚೆರ್ ಆರ್. (1990), ಪಾವರ್ಟಿ ಇನ್ ಯುನೈಟೆಡ್ ಸೆಟ್ಸ್ ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್ ಡಿ. ಸಿ.

ಮನ್ರೊ ಎ. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಪೊಲ್ಬರ್ (1996), ಎ ಕ್ವಾಂಟಿಟೇಟಿವ್ ಅಪ್ರೊಚ್ ಟು ದಿ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಕಾಸಡ್ ಬೈ ಸಿಂಪ್ಟಮ್ಸ್ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಟ್ರಿಟೆಡ್ ವಿಥ್ ರ್ಯಾಡಿಕಲ್ ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 74: 640–7.

ಮುರ್ರೆ ಮೈಕಲ್ ಆಂಡ್ ಕಾರೊಲ್ ಎಲ್. ಮಾಕ್‌ಮಿಲ್ಲಾನ್ (1989), ಜಂಡರ್ ಡಿಫರೆನ್ಸ್‌ಸ್ ಇನ್ ಪರ್ಸೆಪ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಷನ್ (5)57–62.

ಮುರ್ಥುನಿ, ಎಫ್. ಎ., ವಿ ಕೊಚಿ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಸ್ಟಂಪ್ (1990), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಸೈಕೊಥೆರಪಿ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ಸ್, 54: 145–60.

ನಫ್ ಎಮ್. (1986), ಫಿಸಿಕಲ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಅಸೊಸಿಯೆಟೆಡ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ಯುವೆಂಟ್ ಕಿಮೊಥೆರಪಿ ಇನ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ,4:678–84.

ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಡಾಟಾ ಬೆಸ್: ಎನ್ಯುವಲ್ ರಿವ್ಯೂವ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ ಕೆರ್ (1992), ಅಟ್ಲಾಂಟಾ: ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೊಸೈಟಿ.

ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ (ಎನ್‌ಸಿಐ) (1989), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ರಿವಿವ್ಯೂ 1973–86, ಇನ್‌ಕ್ಲುಂಡಿಂಗ್ ಎ ರಿಪೊರ್ಟ ಆನ್ ದಿ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್. ಎನ್.

ಎಚ್. ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ನಂ. 89–2789. ಬೆಥೆಸ್ಡಾ: ಎಮ್. ಡಿ. ಡಿವಿಜನ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಿವೆನ್ಷನ್ ಆಂಡ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಸರ್ವೆಲನ್ಸ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಮ್.

ನ್ಯೂಲಿಂಗ್ ಎಸ್. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಎಚ್. ಆರ್. ವಿನ್‌ಫೀಲ್ಡ್ (1988), ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ರಿಕವರಿ ಆಫ್ಟರ್ ಸರ್ಜರಿ ಫಾರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಫ್ರೀಕ್ವನ್ಸಿ ಆಂಡ್ ಕೊರಿಲೇಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸಪೋರ್ಟಿವ್ ಬಿಹೇವಿಯರ್ಸ ಬೈ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ, ಫ್ರೇಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಸರ್ಜನ್ಸ್. ಸೋಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 27: 385–92.

ನಾರ್ಥಹೌಸ್ ಎಲ್. ಎಲ್. (1984), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ: ಅನ್ ಒವರ್‌ವಿವ್. ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕಾಲಜಿ ಇನ ಮೆಡಿಸಿನ್, 14: 215–42.

ನಾರ್ಥಹೌಸ್ ಎಲ್. ಎಲ್. (1988), ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಇನ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಹಸಬೆಂಡ್ಸ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ, 37: 91–5

ನಾರ್ಥಹೌಸ್ ಎಲ್. ಎಲ್. ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಎ. ಸ್ವೇನ್ (1987), ಅಡ್ಜಸ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಹಸಬಂಡ್ಸ್ ಟು ದಿ ಇನಿಷಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ, 36: 221–5.

ನಾರ್ಥಹೌಸ್ ಎಲ್. ಎಲ್. ಜಿ. ಡಾರ್ರಿಸ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಚರ್ರನ್ (1993). ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಅಫೆಕ್ಟಿಂಗ್ ಕಪಲಸ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ರಿಕರೆಂಟ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 41: 69–76

ನೊವೊಟ್ನಿ ಈ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1989), ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ಸ್ ಅಫೆಕ್ಟಿಂಗ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬುಲೆಟಿನ್ ಆಫ್ ದಿ ಮೆನಿಂಜರ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್, 48: 318–28.

ಓ ಕಾನರ್ ಎ. ಪಿ. ಸಿ. ಎ. ವಿಕ್ಕರ್ ಆಂಡ್ ಬಿ. ಬಿ. ಜೆರ್ಮಿನೊ (1990), ಅಂಡಸ್ಟ್ಯಾಂಡಿಂಗ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಸರ್ಚ ಫಾರ್ ಮಿನಿಂಗ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 13: 167–75.

ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎಚ್. ಜೆಮ್ಸ್ (1985), ಗೋಯಿಂಗ್ ಹೋಮ್: ಪೆಷಂಟ್ ಆಂಡ್ ಸ್ಪೌಸ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್ ಫಾಲೋವಿಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಸರ್ಜರಿ. ಟಾಪ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 7: 46–57.

ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಸ್ಕಾಟ್ (1988), ಪೋಸ್ಟ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ ಡಿಸ್ಟ್ರೇಸ್ ಇನ್ ಸರ್ಜಿಕಲಿ ಟ್ರೀಟೆಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್. ರೆಸ್–ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ, 11: 223.

ಓಬರ್ಸ್ಟ್ ಎಮ್. ಎಸ್. ಇ. ಥಾಮಸ್ ಕೆ. ಎ. ಗಾಸ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಈ. ವಾರ್ಡ (1989), ಕೆರ್ ಗಿವಿಂಗ್ ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಅಪ್ರೈಸಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಅಮಂಗ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಕೆರ್ ಗಿವರ್ಸ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ ನರ್ಸಿಂಗ್, 12: 209–15.

ಓಲ್ಸ್‌ಚೆವಸ್ಕಿ ಎಮ್. ಜೆ. ಸ್ಕುಲಜೆನ್ ಎಮ್. ಸ್ಕುಮಾಚರ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ಜೆ. ಆಲ್ಟಮನ್ (1994)., ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಅಸೆಸಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸರ್ಚ. ಬ್ರಿಟಿಷ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 70: 1–5.

ಓಲ್ಸೊನ್ ಎಮ್. ಎಲ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ಪಿ. ಶೆಡ್ಡ್ (1978), ಸಪ್ಟೆಂಬರ್/ಅಕ್ಟೊಬರ್, ಡಿಸ್ ಎಬಿಲಿಟಿ ಆಂಡ್ ರಿ ಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೇಶನ್ ಇನ್ ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಫ್ಟರ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್. ಹೆಡ್ ಆಂಡ್ ನೆಕ್ ಸರ್ಜರಿ, 1: 52–8.

ಪದ್ಮನಾಭಮ್ ಟಿ. ಕೆ. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಎಮ್. ವಾಸುದೇವನ್ (1982), ಎ ಸ್ಟ್ಯಾಸ್ಟಿಕಲ್ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಜಿಸ್ಟರ್ ಆಟ್ ದಿ ರಿಜನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್. ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 19(4): 189–96.

ಪೈ ಎಸ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎಲ್ ಕಾಪುರ್ (1981), ದಿ ಬರ್ಡನ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಆಫ್ ಎ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಪೆಷಂಟ್: ಡೆವೆಲೊಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಆನ್ ಇಂಟರ್‌ವೆಂಟ್ ಶೆಡ್ಯೂಲ್. ಬಿಟಿಷ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 138–332.

ಪಾರ್ಸನ್ಸ್ ಜೆ. (1977), ಎ ಡಿಸ್ಕ್ರಿಪ್ಟಿವ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಇಂಟರ್‌ಮಿಡಿಯೆಟ್ ಸ್ಟೇಜ್ ಟರ್ಮಿನಲಿ ಖಖಖ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಯಾಟ್ ಹೊಮ್, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್, 5: 1–26.

ಪಾಸ್ಸಿಕ್ ಎಸ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಬ್ರೆಟಬರ್ಟ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಹಾರೊವಿಟ್ಝ (1994), ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಆಂಡ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ ಆಫ್ ನ್ಯೂರೊ ಒಂಕಾಲಜಿ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 12(2): 101–22.

ಪಟೇಲ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಬಿ. ಕೆ. ಸಿನ್ಹಾ ಶಹಾ ವೆನೆಕರ್ ಪರ್‍ರಿಕ್ (1987), ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಡಿಸ್ಟರ್ಬನ್ಸ್ ಅಮಂಗ್ ಲ್ಯೂಕೆಮಿಯಾ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ದೆರ್ ರಿಲೆಟಿವ್ಸ್.

ಪೆಕ್ಕ್ ಎ. (1972), ಎಮೊಷನಲ್ ರಿಯಾಕ್ಷನ್ಸ್ ಟು ಹ್ಯಾವಿಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪೊಂಟೊಗೆನಾಕಾಲಜಿ, 114: 591–9.

ಪೆನ್ನಿಕ್ಸ್ ಬಿ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ವಿ. ಜೆ. ವಾನ್ ಎ. ಜೆ. ಬೊಎಕ್ ಆಂಡ್ ಡಿ. ಜೆ. ಡೀಗ್ (1998), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ರಿಸೊರ್ಸಸ್ ಆನ್ ಡಿಪ್ರೆಸಿವ್ ಸಿಂಪ್ಟಮ್ಸ್: ಡಿಪರೆಂಟ್ ಫಾರ್ ವೆರಿಯಸ್ ಕ್ರೊನಿಕ್ ಡಿಸಿಸಸ್, ಹೆಲ್ತ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿ, 17: 551–8.

ಪಿಟರ್ಸ್–ಗೊಲ್ಡನ್ ಎಚ್. (1982), ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವೆರಿಡ್ ಪೆರ್ಸಿಪ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಇನ್ ದಿ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ 16: 483–91.

ಪಿಟರ್ (1991). ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಟಡಿ ಗ್ರೂಪ್, ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪೊಂಟೊಗೆನಾಕಾಲಜಿ, 202: 1101–10.

ಪಿಯರ್ಸ್ ರಾಬರ್ಟ ಎಲ್. (1997), ಆಫ್ರಿಕನ್– ಅಮೇರಿಕನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಕಲ್ಚರ್ಲಿ ಕಾಂಪಿಟಂಟ್ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 15(2).

ಪಿಟ್ಸ್‌ಬಾಂಗ್ ಎನ್. ಆಂಡ್ ಸಿ. ಬಾರ್ಕರ್ (1995), ದಿ ಪಾರ್ಟನರ್ ರಿಲೆಷನ್‌ಶಿಪ್ ಇನ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ರಿಸ್ಪಾನ್ಸಸ್ ಟು ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 6: 789–97.

ಪ್ಲಂಬ್ ಎಮ್. ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಹಾಲಂಡ್ (1977), ಕಂಪ್ಯಾರೆಟಿವ್ ಸ್ಟಡಿಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಫಂಕ್ಷನ್ಸ್ ಇನ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಲ್ಫ ರಿಪೊರ್ಟೆಡ್ ಡಿಪ್ರೆಶನ್ ಸಿಂಪ್ಟಮ್. ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 39(4): 264–90.

ಪೊಲಿಟ್ ಎಫ್ ಡೆನೈಸ್ ಆಂಡ್ ಹಂಗ್ಲರ್ ಬೆರ್ನಡೆಟ್ (1982), ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಲ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಥೆಡ್ಸ್ ಖಖಖ ಜೆ. ಬಿ. ಲುಪಿನ್ ಕೊಲ್ಪೆ ಕಮ್: ಫಿಲಾಡೆಫಿಯಾ, ಪಿ 141–54.

ಪೊಲಿನ್ಸಕಿ ಎಮ್. ಎಲ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1987), ಡೆವಲೊಂಪಿಗ್ ಕಾಂಪ್ರಿಹೆನ್ಸಿವ್ ನೆಟವರ್ಕ ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೇಶನ್ ರಿಸೊರ್ಸಸ್ ಫಾರ್ ರೆಫರಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 5: 1–10.

ಪ್ರೊಡಿಡಾನೊ ಎಮ್. ಇ. ಆಂಡ್ ಕೆ. ಹೆಲ್ಲರ್ (1983), ಮೆಜರ್ಸ್ ಪರ್ಸಿವಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಫ್ರಾಮ್ ಫ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಥ್ರಿವ್ಯಾಲಿಡೆಷನ್ ಸ್ಟಡಿಸ್. ಅಮೇರಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕಮ್ಯೂನಿಟಿ ಸೈಕಾಲಜಿ, 11: 1–24.

ಪ್ರೊಹಾಸ್ಕಾ ಎಮ್. ಆಂಡ್ ಎ. ಸೆಲ್ಸ್‌ಸೂಪ್ (1995), ಎ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಂಡ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಇನ್ ದಿ ನೆಕ್ಸ್ಟ್ ಆಫ್ ಕಿನ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್. ಸೈಕೊಥೆರಪಿ ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಜಿನಿಷೆ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕ್, 7: 243–52.

ಪ್ರುಈಟ್ ಬಿ. ಓ. ಬಿ. ವಾಲ್ಲಿಂಗ್–ಸೆರ್‌ಫಿನ್ ಟಿ. ಮ್ಯಾಕ್‌ಮೋಹನ್ ಜಿ. ಬಿರ್ಡ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಬೆಸೆಲ್ಲಮೆನ್ (1993), ಯಾನ್ ಎಜುಕೆಷನಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಫಾರ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನೊಜಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಅಂಡರ್ ಗೊಯಿಂಗ್ ರೇಡಿಯೆಷನ್ ಥೆರಪಿ. ಸೈಕೊ ಆಂಕಾಲಜಿ 55–56.

ಪ್ಯಾಕೆಕ್ ಜೆ. ಜೆ. ಜೆ. ಜೆ. ಪ್ಯಾಟಿಕ್ ಆಂಡ್ ಕೆ. ಎಲ್. ಡೂಗಲ್ (1994). ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಫ್ರಾಮ್ ದಿ ಪರ್ಸಫೆಕ್ಟಿವ್ ಆಫ್ ಹಸಬಂಡ್ ಆಂಡ್ ವೈವಸ್. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ 3: 47–72.

ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ ಸರ್ವಿಸ್ (1990), ಸಮರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತಿ ಪಿಪಲ್ 2000: ನ್ಯಾಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರಮೊಶನ್ ಡಿಸಿಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್ಷನ್ ಆಬ್ಜೆಕ್ಟಿವಸ್. ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್ ಡಿ. ಸಿ: ಅಮೇರಿಕನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಸೋಶಿಯೆಶನ್.

ರೈಟ್ ಡಿ. ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಎಸ್. ಲಾಡರ್‌ಬರ್ಗ (1990), ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಆಫ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ ಇನ್ ಜೆ. ಸಿ. ಹಾಲೆಂಡ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎಚ್. ರೊಲೆಂಡ್ (ಎಡ್ಸ್) ಹ್ಯಾಂಡಬುಕ್ ಆಫ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿ. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಆಕ್ಸಫರ್ಡ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ರೆಂಡ್ಯೆ ಈ. ಎ. ಬಿ. ಕೊಹೆನ್ ಸಿ. ಜಾಹ್ನ್ ರುಕ್ಕಡೆಸ್ಚಲ್ ಜೆ. ಕ್ರಿಸ್ಟಿನಾ ಬ್ಲಾಂಚಂದ ಮೈಕಲ್ ರೊಹರಬೆರ್ಗ ಆಂಡ್ ಜೊಹ್ನ್ ಹಾರ್ಟನ್ (1982), ಎಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 50: 1218–23.

ರಾವ್, ಕೆ. ಪಿ. ಕೊತೆಶ್ವರ್ ಎಲ್. ಎನ್. ಗಂಗಾಧರ ರಾವ್ ಪಿ.ಕೆ.ಪಿ. ವಾರಿಯರ್ ಆಂಡ್ ವಿ. ಬಾಲಸುಂದರಮ್ (1983), ಪ್ರೋಫೈಲ್ ಆಫ್ ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಕ್ ಕಾರ್ಸಿನೊಮಾ ಯಾಸ್ ಸಿನ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಇನ್ಸಟಿಟ್ಯೂಟ್, ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 20(1): 1–14.

ರಾವ್ ವಿ. ಎನ್. ಆಂಡ್ ಆರ್. ಪಾರ್ಥಸಾರಥಿ (1993), ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಇನ್‌ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸಬಲ್ ಕಾಂಪೊನೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕಾಂಪ್ರಿಹೆನ್ಸಿವ್ ಪೆಷಂಟ್ ಕೆರ್. ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಎಡ್ಮಿನ್ಸಟ್ರೆಷನ್, ೩೩೩೩೩೩ (1 ಆಂಡ್ 2).

ರೆನ್ನಿ ರಾಯಕ್–ಸ್ಕಾಟರ್ (1991), ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಸೆಲೆಕ್ಟೆಡ್ ರಸರ್ಚ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 9(4): 71–89

ರೆವೆನ್ಸೊನ್ ಟಿ. ಎ. ಸಿ. ಎ. ವೊಲ್ಲಮನ್ ಆಂಡ್ ಬಿ. ಜೆ. ಫೆಲ್ಟೊನ್ (1983), ಸೋಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟಸ್ ಯಾಸ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಬಫರ್ಸ ಫಾರ್ ಅಡಲ್ಟ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಸೈಕೊ–ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 45: 321–31.

ರಿಚರ್ಡ ಎಲ್. ಎಚ್. ಆಂಡ್ ಸಿಂಡಿ ಕೊಸ್ಕಾ ರೆಲ್ಲಿ ಸ್ಕಾಗ್ (1987), ದಿ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತಿ ಕಂಟ್ರೋಲ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 5(3).

ರಿಚರ್ಡಸನ್ ಜೆ. ಎಲ್. ಡಿ. ಆರ್ ಶೆಲ್ಟೋನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಕ್ರಾಲಿಯೊ (1990), ದಿ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಕಾಂಪ್ಲಿಯೆನ್ಸ್ ವಿಥ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆನ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಅಮಂಗ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಹ್ಯಾಮಟೊಲಾಜಿಕ್ ಮ್ಯಾಲಿಗ್ನೆಸಿಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 8: 356–64.

ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಸಿ. ಎಸ್. ಸಿ. ಈ. ಕಾಕ್ಸ್ ವಿ. ಜೆ. ಶಾಮ್ನೊನ್ ಆಂಡ್ ಎನ್. ಎಲ್ ವೆಲ್ಸ್ (1994), ಎ ಕ್ಲೊಸರ್ ಲುಕ್ ಯಾಟ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಯಾಸ್ ಎ ಮಾಡರೆಟರ್ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಹೆಲ್ತ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ, 19: 157–64.

ರಾಬರ್ಟ್ಸ್ ಎಸ್. ಕ್ಲೆಯೊರಾ ಎಟ್. ಅಲ್. (1990), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ ಆಫ್ ಗೈನಿಕೊಲಾಜಿಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ಡಿಸ್‌ಕ್ರಿಪ್ಟಿವ್ ಸ್ಟಡಿ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 10(1).

ರೊಸ್ ಜೆ. ಎಚ್. (1990), ಇಂಟರ್‍ಯಾಕ್ಷನ್ ಬಿಟ್ವಿನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಪ್ರೊವೈಡರ್ಸ್ ಎಕ್ಸಪ್ಲೊರೆಟರಿ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಎಜ್ ಡಿಫ್ರೆನ್ಸಸ್ ಇನ್ ಎಮೊಷನಲ್ ಸಪೋರ್ಟ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 11: 43–67.

ರೊಸ್‌ನ್ಬಾಮ್ ಈ. ಎಚ್. ಆಂಡ್ ಡಿ. ಆರ್. ರೊಸ್‌ನ್ಬಾಮ್ (1980), ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೊಮ್ ಕೆರ್ ಫಾರ ದಿ ಪೆಷಂಟ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜಾಮಾ 244: 1484–89.

ರೊಶ್‌ನ್ಬರ್ಗ ಜಿ. (1988), ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ ಕೆರ್, ಜೆಸ್ಸಿಕಾ: ಕಿಂಗ್ಸ್ ಲೆ ಪಬ್ಲಿಷರ್ಸ.

ರೊಸ್ ಜೆ. ಎಚ್. ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಕಾರ್ನೆಲಿಯೊಸ್ (1987), ಅಡಲ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಎಮೊಷನ್ಸ್ ಇನ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಕಾಂಟೆಕ್ಸ್ಟ್ಸ್. ಎ ಪೆಪರ್ ಪ್ರೆಸೆಂಟೆಡ್ ಯಾಟ್ ದಿ 40ಣು ಎನ್ಯುವಲ್ ಸೈಂಟಿಫಿಕ್ ಮೀಟಿಂಗ್ ಆಫ್ ದಿ ಗೆರೆಂಟೊಲಾಜಿಕಲ್ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಅಮೇರಿಕಾ, ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್ ಡಿ.ಸಿ.

ರೊಲ್ಯಾಂಡ್ ಜೆ. ಎಚ್. (1990), ಡೆವೆಲೊಪ್‌ಮೆಂಟಲ್ ಸ್ಟೆಜ್ ಆಂಡ್ ಅಡಾಪ್ಷನ್: ಅಡಲ್ಟ ಮಾಡೆಲ್, ಇನ್ ಜೆ. ಸಿ. ಹಾಲೆಂಡ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಎಚ್. ರೊಲೆಂಡ್ (ಎಡ್ಸ್), ಹ್ಯಾಂಡ್ ಬುಕ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಆಂಕಾಲಜಿ. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಆಕ್ಸಫರ್ಡ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ರುಸ್ಟೋನ್ ಟಿ. ಐ. ವಿಕ್ಲೆಂಡ್ ಬಿ. ಆರ್. ಹೆನೆಸ್ಟಾಂಡ್ (1999), ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನೊಜಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ ಜರ್ನಲ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್ಡ ನರ್ಸಿಂಗ್, 29(2): 490–8.

ಸ್ಯಾಡೊವಸ್ಕಿ ಡೊನಾಲ್ಡ ಆಂಡ್ ಜೋನ್ ಫೆಲಾನ್ಸ್ (1992), ಡೆಂಟಿಸ್ಟ್ಸ್ ನಾಲೆಜ್, ಕೆಸ್ ಫೈಂಡಿಂಗ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್ ಆಂಡ್ ಕನ್ಫರ್ಮ್ಡ್ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಆಫ್ ಒರಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಷನ್ 3: 127–34.

ಸಾಲ್ಕಮನ್ ಎಮ್. ಎಚ್. ಸ್ಕೂಲ್ಜ್ ಕಪ್ಲಾನ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಕಲಿಕ್ (1994), ಲಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವಲ್ ಇನ್ ಪೇಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಮ್ಯಾಲಿಗ್ನಂಟ್ ಅಸ್ಟ್ರೊಸಿಟೊಮಾ, ನ್ಯೂರೊ ಸರ್ಜರಿ, 34: 213–9.

ಸೆಲ್ಸ್ ಈ. (1991), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ದಿ ಪೇಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆನ್ ದಿ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ: ಯಾನ್ ಅಪಡೇಟೆಡ್ ರಿವಿವ್ಯೂ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 9(4): 1–18.

ಸೆಲ್ಸ್ ಎಸ್ಥರ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1992), ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟರ್ಸ ಆಫ್ ಸ್ಟ್ರೆನ್ ಇನ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೇಷಂಟ್ಸ್: ಎ ರಿವಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ದಿ ಲಿಟರೆಚರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 10(2).

ಸರನಾ ಎಲ್. (1993), ಕೊರಿಲೆಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸಿಂಪ್ಟಮ್ಸ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಲಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್, (21–28).

ಸರನ್ಸೊನ್ ಎಸ್. ಬಿ. ಎಫ್. ಚಾರ್ಲಸ್ ಕೆ. ಎಮ್. ಕರೊಲ್ಲ್ ಸಿ. ಸೌಲ್ ಆಂಡ್. ಎಲ್. ಎಲಿಝಾಬೆಥ್ (1977), ವುಮೆನ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಆಂಡ್ ರಿಸೊರ್ಸ ನೆಟ್ವರ್ಕಸ್, ಸ್ಯಾನ್‌ಫ್ರ್ಯಾನ್ಸಿಸ್ಕೊ: ಜೊಸ್ಸೆ–ಬೆಸ್.

ಸಾಟಾರಿನೊ ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಎ. ಎಮ್. ಎ. ಮಿಂಕ್ಲರ್ ಆಂಡ್ ಸಿ. ಲಾನ್‌ಹೌಸ್ (1984), ದಿ ಸಿಗ್ನಿಫಿಕನ್ಸ್ ಆಫ್ ಯಾನ್ ಖಖಖ ಸ್ಪೌಸ್ ಫಾರ್ ಅಸೆಸಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ ಡಿಫ್ರೆನ್ಸ್ ಇನ್ ಯಾನ್ ಎಲ್ಡರ್ಲಿ ಪಾಪ್ಯುಲೆಷನ್, ಅಮೇರಿಕನ್ ಜ್ಯೂರ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಸೊಸೈಟಿ, 32: 187–90

ಸ್ಕ್ಯಾಗ್ ಸಿ. ಕೊಸರೆಚ್ಜ್ ಮತ್ತು ಇತರರು. (1993), ಕ್ಯಾರೆಕ್ಟರಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ಯಾಟ್ ರಿಸ್ಕ ಫಾರ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೇಸ್ ಇನ್ ದಿ ಇಯರ್ ಆಫ್ಟರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 11: 783–93.

ಸ್ಮಾಲ್‌ಫೀಲ್ಡ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಎ. ಕಾಕ್ಸಲ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಸಾಮ್ಸೊನ್ ಫಿಷರ್ (1993), ಸ್ಕಿಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಡು ಅರ್ಲಿ ಚಿಲ್ಡ್ ಕೇರ್ ಸೆಂಟರ್ಸ ಪ್ರೊವೈಡ್ ಪ್ರೊಡಕ್ಷನ್? ಹೆಲ್ತ ಪಬ್ಲಿಕೆಷನ್ ಇಂಟರನ್ಯಾಷನಲ್, 8: 243–7.

ಸ್ಕೋವರ್ ಎಲ್. ಆರ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಎಸ್. ಸ್ಕೇನ್ ಆಂಡ್ ಎ. ಕೆ. ಮಾಂಟೆಗ್ (1989), ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ವಿ. ಟಿ. ದೇವಿತಾ, ಎಸ್. ಎಲ್ಮೆನ್ ಎಸ್. ಎ. ರೊಸನ್‌ಬರ್ಗ (ಎಡ್ಸ್) ಕ್ಯಾನ್ಸರ: ಪ್ರಿನ್ಸಿಪಲ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್ ಆಫ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, (3) ಫಿಲಾಡೆಲ್ಫಿಯಾ: ಜೆ. ಎ. ಲಿಪಿನ್ ಕೊಲ್ಟ್.

ಸ್ಕೋವರ್ ಎಲ್. ಆರ್. ಆಂಡ್ ಬಿ. ಜೆನ್ಸೆನ್ (1988), ಸೆಕ್ಸುವ್ಯಾಲಿಟಿ ಆಂಡ್ ದಿ ಕ್ರೊನಿಕ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್. ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ಗಿಲ್ಪೋರ್ಡ ಪ್ರೆಸ್.

ಸೆನ್‌ಸ್ಕು ಆರ್. ಎ. (1963), ದಿ ಡೆವಲೊಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಎಮೊಷನಲ್ ಕಾಂಪ್ಲಿಕೆಷನ್ಸ್ ಇನ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ರಾನಿಕ್ ಡಿಸಿಸಸ್, 16: 813–20.

ಶಾಂತಾ ವಿ., ಸಿ. ಕೆ. ಗಜಲಕ್ಷ್ಮೀ ಆರ್. ಸ್ವಾಮಿನಾಥನ್ ಕೆ. ರವಿಚಂದ್ರನ್ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ವಾಸಂತಿ (1994), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಜಿಸ್ಟ್ರೇಶನ್ ಇನ್ ಮದ್ರಾಸ್ ಮೆಟ್ರೊಪಾಲಿಟನ್ ಟ್ಯೂಮರ್ ರಜಿಸ್ಟರಿ ಇಂಡಿಯಾ. ಯುರೋಪಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 30ಎ (7): 974–8.

ಶಾರೋನ್ ಎಚ್. ಡಿ. ಸ್ಟೀವನ್ ಪಾಸ್ಸಿಕ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಮಲ್ಕಿನ್ (1996), ಇನ್ ಸಿಕ್‌ನೆಸ್ ಆಂಡ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ: ಎ ಗ್ರೂಪ್ ಇಂಟರ್ವೆನ್ಷನ್ ಫಾರ್ ಸ್ಪೌಸಸ್ ಕ್ಯಾರಿಂಗ್ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆನ್ ಟ್ಯೂಮರ್ಸ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಸಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14(2): 1996.

ಶಾರ್ಪ ಜ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ., ಡಿ. ಬ್ಲುಮ್ಮ್ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಅವಿವ್ (1993), ಎಲ್ಡರ್ಲಿ ಮೆನ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ಸ್ ಇನ್ ಪ್ರೊಸ್ಟೆಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ ಕೆರ್, 19(1): 91–107.

ಶಾವ್ ಎಹ್. ಎಮ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಎಚ್. ಮ್ಯಾಕ್ಕ್ಯಾಥೆ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯು ಮಿಲ್ಟನ್ (1987)

ಸಿಜೆಲ್ ಕೆ. ಆಂಡ್ ಜಿ ಕ್ರಿಸ್ಟ್ (1986), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಕಾನ್ಸಿಕ್ವೆನ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಲಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಸರ್ವೈವಲ್ ಆಫ್ ಹಾಜ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಡಿಸಿಸ್ ಇನ್ ಜೆ. ರೆಡಮ್ಯಾನ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಲ್ಯಾಕರ್ (ಎಡ್ಸ್), ಹಾಜ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಡಿಸಿಸ್, ದಿ ಕಾನ್ಸಿಕ್ವೆನ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಫಿಲಾಂಡೆಲ್ಫಿಯಾ ಲಿಯಾ ಆಂಡ್ ಫೆಬರ್ಜರ್.

ಸಿಲ್ಬರ್‌ಫ್ರ್ಯಾಬ್ ಪಿ. (1984), ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿಕ್ ಪ್ರೊಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಇನ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 53: 820–4.

ಸಿಲ್ಬರ್‌ಫ್ರ್ಯಾಬ್ ಪಿ. ಎಮ್. ಎಲ್. ಮೌಸ್ ಆಂಡ್ ಸಿ. ಎಸ್. ಗ್ರೌಥಮೆಲ್ (1980), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ನಿಯೊಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಡಿಸಿಸ್ ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಡ್ಯುರಿಂಗ್ ಡಿಫರೆಂಟ್.

ಸಿಪ್ರೊನ್ ಎಮ್. (1985), ಕರೆಂಟ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಪರ್ಸಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್ ಇನ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಸ್, ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ ಜರ್ನಲ್ 13(3): 195–7.

ಸ್ಕಿನ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ ಫಾಕ್ಟ್ಸ್ (1985), ಸಿಡ್ನಿ. ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ: ನ್ಯೂ ಸೌಥ್ ವೆಲ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್.

ಸೊಲಿಮನ್ ಆಮ್ರ್ ಸಿ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1997), ನಾಲೆಜ್ ಆಫ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ ಟುವರ್ಡ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಬ್ಯಾರಿಯರ್ಸ ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಅಮಂಗ್ ಪ್ರೈಮರಿ ಕೇರ್ ಫಿಸಿಕಲ್ ಇನ್ ಇಜಿಪ್ತ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೆಷನ್, 12: 100–7.

ಸ್ಪೈಜೆಲ್ ಡಿ. ಎಟ್. ಅಲ್. (1996), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಗ್ರೂಪ್ ಥೆರಪಿ ಆನ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಜರ್ನಲ್, 2(1): 104–6.

ಸ್ಪೈಜೆಲ್ ಡಿ. ಜೆ. ಆರ್. ಬ್ಲೂಮ್ ಆಂಡ್ ಐ. ಯಾಲೂನ್ (1981), ಗ್ರೂಪ್ ಸಪೋರ್ಟ ಫಾರ್ ಪೆಷಂಟ್ ವಿಥ್ ಮೆಟಾಸ್ಟಿಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರ್ಚಿವಸ್ ಆಫ್ ಜರ್ನಲ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 38: 527–33.

ಸ್ಪೈಜೆಲ್ ಡಿ. ಜೆ. ಆರ್. ಬ್ಲೂಮ್ ಎಚ್. ಸಿ. ರಾಲ್ಮೆರ್, ಆಂಡ್ ಇ. ಗೊಟೆಲ್ (1989), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆನ್ ಸರ್ವೈವಲ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಮೆಟಾಸ್ಟಾಟಿಕ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲ್ಯಾನ್ಸೆಟ್, 888–91.

ಸ್ಟಾಫ್ಲಿ ಜಿ. ಬಿ. (1988), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಸ್ಟಿಗ್ಮಾ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಆನ್ ಒವರ್ ವಿವ್ಯೂ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 6(3/4): 3–27.

ಸ್ಟಾಲ್ಕೀರ್ ಎಮ್. ಝುಡ್. ಪಿ. ಎಸ್. ಜಾಹ್ನಸನ್ ಆಂಡ್ ಸಿ. ಸಿಮ್ಮಾ (1989), ಸಪೋರ್ಟಿವ್ ಆಕ್ಟಿವಿಟಿಸ್ ರಿಕ್ವೆಸ್ಟೆಡ್ ಬೈ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 7(4): 21–31.

ಸ್ಟೆಟ್ಝ್ ಕೆ. (1988), ಕೇರ್ ಗಿವಿಂಗ್ ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ಸ್ ಡ್ಯುರಿಂಗ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, 10: 260–8.

ಸ್ಟಿವನ್ ಜೆ. ಜೆ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1996), ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ನಾಲೆಜ್ ಯಾಟಿಟ್ಯುಡ್ ಬಿಹೆವಿಯರ್ಸ ರಿಲೆಟಿವ್ ಟು ಸರ್ವೈಕಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೆರ್ ಅಮಂಗ್ ದಿ ಅಡೊಲೆಷಂಟ್ ಗರ್ಲ್ಸ ಇನ್ ವೆಸ್ಟ್ ವರ್ಜಿನಿಯಾ. ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕಷನ್, 11: 230–2.

ಸ್ಟೋಲರ್ ಈ. (1982), ಕಾಪಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ; ಇಶ್ಯೂಸ್ ಫಾರ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ, ಹೆಲ್ತ ಆಂಡ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ವರ್ಕ, 7: 26–34.

ಸ್ಟ್ರಾಹ್ಲ್ ಆರ್. ಎ. (1991), ರಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಸಿಎನ್‌ಎಸ್ ಟ್ಯೂಮರ್ಸ: ಸಪೋರ್ಟಿವ್ ಮ್ಯಾನೆಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಎ ಪೆಷಂಟ್ ಆಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ, ಆಂಕಾಲಜಿ, 5: 109–13.

ಸಧರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಎ. ಎಮ್. ಸಿ. ಈ. ಓರ್ಬಾಚ್ ಆರ್. ಬಿ. ಡಿಕ್ ಎಮ್. ಬಾರ್ಡ (1953), ದಿ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ಜರಿ– I ಅಡಾಪ್ಟೆಷನ್ ಟು

ದಿ ಡ್ರೈ ಕೊಲೊಸ್ಟೊಮಿ ಪ್ರಿಲಿಮ್ನರಿ ರಿಪೋರ್ಟ ಆಂಡ್ ಸಮರಿ ಆಫ್ ಫೈಂಡಂಗ್ಸ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 5: 857–72.

ಸುಝ್ಛಾನೆ ಈ. ಸ್ಲೆಂಕರ್ ಆಂಡ್ ಸಿ. ಮಾರಿ ಗ್ರಾಂಟ್ (1989), ಯಾಟಿಟ್ಯುಡಸ್, ಬಿಲಿಫ್ಸ್ ಆಂಡ್ ನಾಲೆಜ್ ಅಬೌಟ್ ಮಾಮ್ಮೊಗ್ರಾಫಿ ಅಮಂಗ್ ವುಮೆನ್ ಒವರ್ 40 ಯಿಯರ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕೇಶನ್, 4(1): 61–5.

ಸ್ವಾನ್ ಎಸ್. ಎಮ್. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1996), ಇಂಟೆನ್ಸಿವ್ ಔಟ್ ಪೆಷಂಟ್ ಎಡ್ಜಿವನೆಟ್ ಥೆರಪಿ ಫಾರ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ರಿಸಲ್ಟ್ಸ್ ಡೊಸ್ ಎಸ್ಕಲೇಶನ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್, ಜರ್ನಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 14: 1565–72.

ಟೇಲರ್ ಎಸ್ ಆರ್. ಫಾಲ್ಕೆ, ಎಸ್. ಶಾಪ್ಟೋವ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಲಿಚ್‌ಮನ್ (1986), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಗ್ರೂಪ್ಸ್, ಆಂಡ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಪೆಷಂಟ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಕನ್ಸಲ್ಟಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕಾಲಜಿ, 54: 608–15.

ಟೆಬ್ಬಿ ಸಿ. ಕೆ. ಎಮ್. ಸ್ಟೆರ್ನ ಎಮ್. ಬೊಯ್ಲ್ ಸಿ. ಜೆ. ಮೆಟ್ಟಿನ್ ಆಂಡ್ ಈ. ಆರ್. ಮಿಂಡೆಲ್ (1985), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ ಸಿಸ್ಟಮ್ಸ್ ಇನ್ ಅಡೊಲೆಷಂಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಾಂಪ್ಯುಟಿಸ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ , 56: 965–71.

ಟೀಟರ್ ಎಮ್. ಎ. ಜಿ. ಈ. ಹೊಮ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಎಫ್. ಎಫ್. ಹೊಮ್ಸ್ (1987), ಡಿಸಿಷನ್ಸ್ ಅಬೌಟ್ ಮ್ಯಾರೇಜ್ ಆಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಅಮಂಗ್ ಸರ್ವೈವರ್ಸ ಚೈಲ್ಡ್ ವುಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 5.

ಟೇಲ್ಕ್ ಸಿ. ಎಫ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಜೆ. ಟೆಲ್ಕ್ (1995), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಅಪ್ರೊಚಸ್ ಫಾರ್ ಎನ್ಹ್ಯಾನ್ಸಿಂಗ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಅಮಂಗ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಎ ರಿವ್ಯೂ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಸೈಕಾಲಜಿ ರಿವ್ಯೂ, 5: 325–44.

ತಾಮತಿಸ್ ಎಲ್. ಮತ್ತು ಇತರರು (1978), ಇವ್ಯಾಲ್ಯುವೆಶನ್ ಆಫ್ ದಿ ಕಾರ್ಸಿನೊ ಜೆನಿಸಿಟಿ ಆಫ್ ಕೆಮಿಕಲ್ಸ್: ಎ ರಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ದಿ ಮೊನೊಗ್ರಾಫ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಮ್ ಆಫ್ ದಿ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಎಜೆನ್ಸಿ ಫಾರ್ ರಿಸರ್ಚ ಆನ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸರ್ಚ, 38: 877–85.

ಟೋಸಲ್ಯಾಂಡ್ ಆರ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಸಿ. ಈ. ಬಾಲಚಂದ ಆಂಡ್ ಪಿ. ಮಾಕ್‌ಕಾಲಿಯನ್ (1995), ಎ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ ಸಾಲ್ವಿಂಗ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ಫಾರ್ ಕೆರ್ ಗಿವರ್ಸ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 40: 517–28.

ತ್ರಿಸ್‌ಬರ್ಗ ಆರ್. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಜೆ. ಸಿ. ಈ. ಕ್ನಿಪ್ಪನ್ಬರ್ಫ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಈ. ರಿಜ್ಞಾ (1992), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಟ್ರಿಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಎ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ರಿವ್ಯೂ, ಸೈಕೊ-ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 54: 489–517.

ವಾಚೊನ್ ಎಮ್. ಎಟ್. ಅಲ್. (1992), ಪ್ರೆಡಿಕ್ಟರ್ಸ ಆಂಡ್ ಕೊರಿಲೆಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಅಡಪ್ಟೆಷನ್ ಟು ಕಾಂಜಿಗಲ್ ಬೆರಿವ್‌ಮೆಂಟ್, ಅಮೇರಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 139: 998–1002.

ವಾಲೆಂಟೆ ಎಸ್. ಎಮ್. ಜೆ. ಎಮ್. ಸಾಂಡರ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಝಡ್ ಕೊಹೆನ್ (1994), ಇವ್ಯಾಲ್ಯುವೆಟಿಂಗ್ ಡಿಪ್ರೆಶನ್ ಅಮಂಗ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರ್ಯಾಕ್ಟಿಶನರ್, 2: 65–71.

ವಾಂಡರ್‌ಪ್ಲೊಗ್ ಎಚ್. ಎಮ್. (1991), ವ್ಹಾಟ್ ಎ ವಂಡರ್‌ಫುಲ್ ವರ್ಲ್ಡ ಇಟ್ ವುಡ್ ಬಿ. ಎ ರಿ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಸಮ್ ಆಫ್ ದಿ ವರ್ಕ್ಸ ಆಫ್ ಗ್ರಾಸರತ್-ಮಾಟಿಸೆಕ್, ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಎನಕ್ವೈರ್, 2: 280–5.

ವಾಂಡರ್‌ಪ್ರೊಂಪೆ ಜೆ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1997), ಎಫೆಕ್ಟಿವ್‌ನೆಸ್ ಆಫ್ ಎ ಶಾರ್ಟ ಟರ್ಮ ಗ್ರೂಪ್ ಸೈಕೊಥೆರಪಿ ಪ್ರೊಗ್ರಾಮ್ ಆನ್ ಎಂಡೊಕ್ರೈಮ್ ಆಂಡ್ ಇಮುನೆ ಫಂಕ್ಷನ್ ಇನ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಯಾನ್ ಎಕ್ಸಪೊಲೆಟರಿ ಸ್ಟಡಿ, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ-ಸೊಮ್ಯಾಟಿಕ್ ರಸರ್ಚ, 42: 453–56.

ವೆಸ್ಸ್ ಜೆ. ಜೆ. ಮೊರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಆಂಡ್ ಎ. ಸ್ಕ್ವೀಬಲ್ಸ್ (1985), ಎ ಫಾಲೊ ಉಪ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ರೊಲ್ ಫಂಕ್ಷನಿಂಗ್ ಸೈಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಎನ್ವೈರ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಟು ಫ್ಯಾಮಿಲಿಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ-ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 2: 1–14.

ವೆಟ್ಟೆಸ್ಸ್ ಜೆ. ಎಮ್. (1976), ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಪೆಷಂಟ್ ಕನ್ಫ್ರಟಿಂಗ್ ದಿ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಕುಲೆನ್. ಬಿ. ಎಚ್. ಫಾಕ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಆರ್. ಎನ್. ಐಸೊಮ್ (ಎಡ್ಸ್). ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ದಿ ಬಿಹೆವಿಯರಲ್ ಡೈಮೆನ್ಷನ್ಸ್, ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ: ರೆವನ್ ಪ್ರೆಸ್.

ವಿನೊಕುರ್ ಎ. ಡಿ. ಬಿ. ಎ. ಥ್ರೇಲ್ಟ್ ಡಿ. ವಿನೊಕರ್ ಕಪ್ಲಾನ್ ಆಂಡ್ ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಎ. ಸಾತಾರಿನೊ (1990), ದಿ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಆಫ್ ರಿಕವರಿ ಫ್ರಾಮ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಂಗರ್ ಒಲ್ಡರ್ ಪೆಷಂಟ್. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 65: 1242–54.

ವೊಲಿಸರ್ ಬಿ. ಜೆ. (1973), ಪರ್ಸಿವಡ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಲೆವೆಲ್ಸ್ ಆಫ್ ಇವೆಂಟ್ಸ ಅಸೊಸಿಯೆಟೆಡ್ ವಿಥ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಜೆಶನ್: ಡೆವಲೊಪಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ಟೆಸ್ಟಿಂಗ್ ಆಫ್ ಎ ಮೆಜರ್‌ಮೆಂಟ್ ಟೂಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ, 22: 491–7.

ವೊಲಿಸರ್ ಬಿ. ಜೆ. ಆಂಡ್ ಎಮ್. ಡಬ್ಲು. ಜೊಹನನ್ (1975), ಎ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ರೇಟಿಂಗ್ ಸ್ಕೆಲ್, ನರ್ಸಿಂಗ್ ರಿಸರ್ಚ, 24: 352–9.

ವೊನ್ ಎಸ್ಕಾಂಬಾಚ್ ಎ. ಸಿ. ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಆರ್. ಸ್ಕೊವರ್ (1989), ದಿ ರೋಲ್ ಆಫ್ ಸೆಕ್ಸುವಲ್ ರಿಹ್ಯಾಬ್ಲಿಟೇಷನ್ ಇನ್ ದಿ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ 54: 2662–7.

ವ್ಯಾಗನರ್ ಎಮ್. ಕೆ. ಡಿ. ಆರ್ಮಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ಆಂಡ್ ಜೆ. ಈ. ಲಾಗ್ಲೀನ್ (1995), ಕಾಗ್ನೆಟಿವ್ ಡಿಟರ್ಮಿನೆಂಟ್ಸ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಆಫ್ಟರ್ ದಿ ಆನ್‌ಸೆಪ್ಟ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ರಿಪೋರ್ಟಸ್, 77: 147–54.

ವಾಕರ್ ಎಲ್. ಜಿ. ಆಂಡ್ ಒ. ಎರ್‌ಮಿನ್ (1996), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರ್ವೆನ್ಷನ್: ಫ್ಯುಚರ್ ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ ಫಾರ್ ವುಮೆನ್ ವಿಥ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸೆಮಿನಾರ್ಸ ಇನ್ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 12(1): 76–83.

ವಾಟ್ಸನ್ ಎಮ್. (1991), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ ಕೇರ್: ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಮೆಥೆಡ್ಸ್, ಕೆಂಬ್ರಿಡ್ಜ ಯು. ಕೆ: ಕೆಂಬ್ರಿಡ್ಜ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್.

ವಾಟ್ಸನ್ ಎಮ್. ಎಸ್. ಗ್ರೀರ್ ಎಸ್. ಬ್ಲಾಕೆ ಆಂಡ್ ಕೆ. ಶಾರ್ಪಲ್ (1984), ರಿಯಾಕ್ಷನ್ ಟು ಎ ಡೈಗ್ನಾಸಿಸ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ರಿಲೆಶನ್‌ಶಿಪ್ ಡೆನಿಯಲ್, ಡಿಲೆ ಆಂಡ್ ರೇಟ್ಸ ಆಫ್ ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಮಾರ್ಬಿಡಿಟಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 53: 2008–18.

ವೆಸ್ಮನ್ ಎ. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ವೊರ್ಡನ್ (1975), ಸೈಕಾಲಾಜಿಕಲ್ ಅನ್ಯಾಲಿಸಸ್ ಆಫ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಡೆಥ್ಸ ಓಮೆಗಾ, 6: 61–75.

ವೆಸ್ಮನ್ ಎ. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯು. ವೊರ್ಡನ್ (1985), ದಿ ಎಮೊಷನಲ್ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ ಆಫ್ ರಿಕರೆಂಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 3(4): 5–16.

ವೆಸ್ಮನ್ ಎ. ಡಿ. ಆಂಡ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯು. ವೊರ್ಡನ್ ಆಂಡ್ ಎಚ್. ಜೆ. ಸೊಬೆಲ್ (1980), ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಆಂಡ್ ಇಂಟರವೆನ್ಷನ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಫೈನಲ್ ರಿಪೋರ್ಟ ಆಫ್ ದಿ ಓಮೆಗಾ ಪ್ರಾಜೆಕ್ಟ (ಸಿ. ಎ. 19797). ಬೆಥೆಸ್‌ಡಾ. ಎಮ್. ಡಿ: ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇನ್ಸಿಟಿಟ್ಯೂಟ್.

ವೆಲ್ಷ ಡಿ. ಕೆ. (1981), ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ರಿಲೆಶನ್‌ಶಿಪ್ ಆಫ್ ದಿ ಮ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ಇಂಟರ್ಯಾಕ್ಷನ್ ವಿಥ್ ದಿ ಸ್ಪೌಸ್ ಆಂಡ್ ಚಿಲ್ಡ್ರನ್, ಇಸ್ರೇಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೈನ್ಸ್, 17: 993–6.

ವೆಲ್ಲಿಸ್ಚ್ ಡಿ. ಕೆ. ಮತ್ತು ಇತರರು. (1983), ಇವ್ಯಾಲ್ಯೂವೆಶನ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್ ಆಫ್ ದಿ ಹೊಮ್ ಬಾಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್: ದಿ ರಿಲೆಶನ್‌ಶಿಪ್ ಆಫ್ ಡಿಸಿಸ್ ಆಂಡ್ ದಿ ಸೊಶಿಯೊ ಡೆಮಾಗ್ರಾಫಿಕಲ್ ವೆರಿಯೆಬಲ್ಸ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ಟು ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರಾಬ್ಲೆಮ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಆಂಕಾಲಜಿ, 1: 1–15.

ವೆಲ್ಲಿಸ್ಚ್ ಡಿ. ಕೆ. ಜೆಮ್ಸನ್ ಆಂಡ್ ಪನ್ಸುಯ್ (1978), ಸೈಕಾಲಾಜಿಲ್ ಅಸ್ಪೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟೊಮಿ ಋಋ: ಇನ್ ಮ್ಯಾನ್ಸ್ ಪರ್ಸಫೆಕ್ಟಿವ್, ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 135: 543–6.

ವೈಟ್ ಎಲ್. (1986), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರಿಸ್ಕ್ ಅಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್, ಸೆಮಿನಾರ್ಸ ಇನ್ ಆಂಕಾಲಜಿ ನರ್ಸಿಂಗ್, 2: 184–90.

ವಿಲ್ಸನ್ ಜಾಹ್ನ್ ಎಲ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಡೆವೀಡ್ ಸ್ಟೇನ್ (1997), ದಿ ಇಂಪ್ಯಾಕ್ಟ್ ಆಫ್ ದಿ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಎಜುಕೆಷನ್ ವಿಡಿಯೊ ಟೆಪ್ಸ್ ಆನ್ ನಾಲೆಜ್ ಅಬೌಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಜುಕಷನ್, 12: 51–4.

ವಿಂಗೊ ಪಿ. ಎ. ಟಿ. ಟೊಂಗ್ ಆಂಡ್ ಎಸ್. ಬೊಲ್ಡನ್ (1995), ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಸಿ. ಎ. ಎ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜರ್ನಲ್ ಫಾರ್ ಕ್ಲಿನಿಶಿಯೆನ್ಸ್, 45(1): 8–30.

ವೂಡ್ಸ್ ಎನ್. ಎಫ್. ಎಫ್. ಎಮ್. ಲೆವೀಸ್ ಆಂಡ್ ಇ. ಎಸ್. ಎಲ್ಲಿಸನ್ (1989), ಲಿವಿಂಗ್ ವಿಥ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಎಕ್ಸಪಿರಿಯನ್ಸ್‌ಸ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ 12: 245–56.

ವೋರ್ಡನ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ ಆಂಡ್ ಎ. ಡಿ. ವಿಸಮನ್ (1984), ಪ್ರಿವೆಂಟಿವ್ ಸೈಕೊ–ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಂಟರ್‌ವೆನ್ಷನ್ ವಿಥ್ ನ್ಯೂಲಿ ಡೈಗ್ನಜಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸೈಕ್ಯಾಟ್ರಿ, 6: 243–9.

ವೋರ್ಟಮನ್ ಸಿ. (1984), ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ದಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೆಷಂಟ್, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 53: 234–60.

ವೋರ್ಟಮನ್ ಸಿ. ಆಂಡ್ ಟಿ. ಎಲ್. ಕಾನ್ವೇ (1985), ದಿ ರೊಲ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಇನ್ ಅಡಾಪ್ಟಿವ್ ಆಂಡ್ ರಿಕವರಿ ಫ್ರಾಮ್ ಫಿಸಿಕಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಇನ್. ಎಸ್. ಕೊಹೆನ್ ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಸೈಮ್ (ಎಡ್ಸ್) ಸೊಶಿಯಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಹೆಲ್ತ, ಓರ್ಲಾಂಡೊ, ಎಫ್. ಎಲ್. ಅಕ್ಯಾಡಮಿಕ್ ಪ್ರೆಸ್.

ವೋರ್ಟಮನ್ ಸಿ. ಬಿ. ಆಂಡ್ ಡಂಕಲ್–ಸ್ಕೆಟ್ಟರ್ (1979), ಇಂಟರ್ ಪರ್ಸನಲ್ ರಿಲೆಶನ್‌ಶಿಪ್ ಆಂಡ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಎ ಥಿಯೊರೆಟಿಕಲ್ ಅನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್, ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಇಶ್ಯೂಸ್, 35: 120–55.

ವಿಯೆಟ್ ಜಿ. ಕೆ. ಎಚ್. ಆಂಡ್ ಐ. ಎಲ್. ಫೀಲ್ಡಮನ್ (1996), ಡೆವಲೊಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಟೆಸ್ಟಿಂಗ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಮಾಡೆಲ್ ಫಾರ್ ಲಾಂಗ್ ಟರ್ಮ ಫಿಮೆಲ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸರ್ವೈರ್ಸ್. ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ರಿಸರ್ಚ, 5: 387–94.

ಯೆಟ್ಸ್ ಜೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಕ್ಯಾಂಬ್ಲರ್ ಆಂಡ್ ಎಫ್. ಪಿ. ಮ್ಯಾಕ್‌ಗ್ನೆ (1980), ಇವ್ಯಾಲ್ಯೂವೆಶನ್ ಆಫ್ ಪೆಷಂಟ್ಸ್ ವಿಥ್ ಅಡ್ವಾನ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯಸಿಂಗ್ ದಿ ಕಾಮೊಸ್ಕಿ ಪರ್ಫಾರ್ಮೆನ್ಸ್ ಸ್ಟೆಟಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, 45: 220–4.

ಯಂಗ್ ಪಿ. ವಿ. (1975), ಸೈಂಟಿಫಿಕ್ ಸೊಶಿಯಲ್ ಸರ್ವೆ ಆಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ, ನ್ಯೂ ಡೆಲಿ: ಫ್ರೆಂಟಿಸ್ ಹಾಲ್.

ಝೀಮೋರ್ ಆರ್. ಆಂಡ್ ಎಲ್. ಎಫ್ ಶೆಪೆಲ್ (1989), ಎಫೆಕ್ಟ್ಸ್ ಆಫ್ ಬ್ರೆಸ್ಟ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಂಡ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟಕ್ಟಮಿ ಆನ್ ಎಮೋಷನಲ್ ಸಪೊರ್ಟ ಆಂಡ್ ಅಡ್ಜಸ್ಟಮೆಂಟ್, ಸೊಶಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸ್ ಆಂಡ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, 28: 19–27.

ಅನುಬಂಧ ಎರಡು

ಸಮಾಜೋ-ಜನಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಖ್ಯೆ:

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು : ____________________ :

ವಿಳಾಸ : ____________________________

____

1.	**ವಯಸ್ಸು**	:	( )
2.	**ಲಿಂಗ**	:	( )
	1. ಗಂಡು 2. ಹೆಣ್ಣು		
3.	**ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನ**	:	( )
	1. ವಿವಾಹಿತ 2. ಅವಿವಾಹಿತ		
	3. ಪ್ರತ್ಯೇಕ 4. ವಿಚ್ಛೇದಿತ		
4.	**ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ**	:	( )
	1. ಅವಿದ್ಯಾವಂತ 2. ಪ್ರಾಥಮಿಕ		
	3. ಪ್ರೌಢ ಶಿಕ್ಷಣ 4. ಪದವಿಪೂರ್ವ		
	5. ಪದವಿ 6. ಡಿಪ್ಲೋಮಾ		
	7. ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ 8. ಇತರೆ		
5.	**ಮಾತೃಭಾಷೆ**	:	( )
	1. ಕನ್ನಡ 2. ತೆಲುಗು		
	3. ತಮಿಳು 4. ಉರ್ದು		
	5. ಹಿಂದಿ 6. ಇತರೆ		

6. ಧರ್ಮ	:	( )
1. ಹಿಂದು 2. ಮುಸ್ಲಿಂ		
3. ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ 4. ಇತರೆ		
7. ವಾಸ ಸ್ಥಳ	:	( )
1. ನಗರ 2. ಗ್ರಾಮೀಣ		
3. ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶ 4. ಇತರೆ		
8. ಕುಟುಂಬದ ವಿಧ	:	( )
1. ಸಣ್ಣ ಕುಟುಂಬ 2. ಅವಿಭಕ್ತ ಕುಟುಂಬ		
3. ಒಂಟಿ ಕುಟುಂಬ 3. ವಿಸ್ತರಿಸಿದ ಕುಟುಂಬ		
9. ಕುಟುಂಬದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	:	( )
10. ದುಡಿಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ	:	( )
11. ವೃತ್ತಿ	:	( )
1. ಸರ್ಕಾರಿ 2. ಅರೆ ಸರ್ಕಾರಿ		
3. ಖಾಸಗಿ 4. ಸ್ವ ಉದ್ಯೋಗ		
5. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ 6. ವ್ಯವಸಾಯ		
7. ಕೂಲಿ 8. ಇತರೆ		
12. ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ	:	(ರೂ.)
13. ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮ	:	( )
1. ದಿನ ಪತ್ರಿಕೆ 2. ರೇಡಿಯೋ		
3. ಟಿವಿ 4. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್		
5. ವಾರ ಪತ್ರಿಕೆ 6. ಇತರೆ		
14. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ರೋಗಗಳ	:	( )
1. ಇದೆ 2. ಇಲ್ಲ		
15. **ಮಾರಣಾಂತಿಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಸಾವು**	:	( )
1. ಇದೆ 2. ಇಲ್ಲ		
16. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ರೋಗ ನಿಧಾನ	:	( )
17. ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು	:	( )
18. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿ	:	( )

ಅನುಬಂಧ ಮೂರು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು, ಮನೋಭಾವ ಮತು ಅಭ್ಯಾಸ

1 ಹೌದು 2 ಇಲ್ಲ 3 ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ

1. ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ತುಂಬಾ ಭಯಾನಕ ರೋಗ? : ( )

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ 2. ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆ
3. ಏಡ್ಸ್ 4. ಹೃದಯ ಖಾಯಿಲೆ
5. ಕ್ಷಯ 6. ಕುಷ್ಠ ರೋಗ

2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ : ( )

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಏಡಿಗಂಥಿ ರೋಗ 2. ಜೀವ ತಿನ್ನುವ ರೋಗ
3. ಅಸಹಜ ಜೀವಕೋಶಗಳು 4. ನಡೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುವ ರೋಗ
5. ವರ್ಣಿಸಲು ಅಸಾಧ್ಯ 6. ದರಿದ್ರ ಖಾಯಿಲೆ
7. ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆ 8. ಇತರೆ

3. ಯಾರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ : ( )

1. ಸ್ನೇಹಿತರು 2. ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಪತ್ರಿಕೆ
3. ವೈದ್ಯರು 4. ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಮಾಧ್ಯಮ
5. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು 6. ಇತರೆ

4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ : ( )

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಅಂಟು ರೋಗ ( )
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅನುವಂಶಿಕ ರೋಗ ( )
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ( )

4. ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ ( )

5. ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ( )

6. ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ( )

7. ತಂಬಾಕು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ( )

8. ಎಕ್ಸ್‌ರೇ–ಕಿರಣಗಳಿಂದ ( )

9. ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಬಳಸುವುದರಿಂದ ( )

10. ಇತರೆ ( )

5. **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅನುಸರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು** : ( )

1. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ( )

2. ಜನನಾಂಗಗಳ ಶುಚಿತ್ವದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ( )

3. ಅತಿಯಾದ ಸೂರ್ಯನ ಬಿಸಿಲಿನಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ( )

4. ಅತಿಯಾದ ಗೊಬ್ಬಿನಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದು ( )

5. ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಹಲ್ಲಿನ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದು ( )

6. ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಪಾನ ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಶಿರ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ( )

7. ಆಗಾಗ ನಾರಿನಾಂಶವುಳ್ಳ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಗುದನಾಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಯುವುದು ( )

8. ಬಹುಜನ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ದೂರುವಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ( )

6. **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು** : ( )

1. ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ( )

2. ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣುವ ಬಿಳಿ ಮತ್ತು ಕೆಂಪು ಮಚ್ಚೆಗಳು ವಾಸಿಯಾಗದಿರುವುದು ( )

3. ಅಸಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಮತ್ತು ಬಿಳುಪು ಹೋಗುವಿಕೆ ( )

4. ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುವ ಗೆಡ್ಡೆ ಮತ್ತು ಸೋರಿಕೆ ( )

5. ಪದೇ ಪದೇ ಅಜೀರ್ಣತೆ ಮತ್ತು ಮೈತೂಕ ಇಳಿಯುವುದು ( )

6. ಗುಣಮುಖವಾಗದ ಹುಣ್ಣು ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಸೋರುವುದು ( )

7. ಮೂತ್ರ ಮಾಡುವಾಗ ತೊಂದರೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತ ಹೋಗುವುದು ( )

8. ಗುಣಮುಖವಾಗದ ಕೆಮ್ಮು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕಫ ಹೋಗುವುದು ( )

9. ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಆಯಾಸಗೊಳ್ಳುವುದು, ತೂಕದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದು ( )

7. **ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ** : ( )

1. ಮೆಮೋಗ್ರಫಿ ( )

2. ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮೈರ್ ಟೆಸ್ಟ್ ( )

3. ಎಕ್ಸ್‌ರೇ–ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ ( )

4. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ( )

5. ಬೋನ್ ಮ್ಯಾರೋ ( )

6. ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಎಂಆರ್ ( )

7. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )

8. ಸಾಕಷ್ಟು ಅನುಕೂಲತೆಗಳು ( )

9. ಮಾನಸಿಕ ದೃಢತೆ ( )

10. ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ ( )

11. ನಿರಂತರ ಅನುಸರಿಸುವಿಕೆ ( )

8. **ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ** : ( )

1. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )
2. ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )
3. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )
4. ಹಾರ್ಮೋನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )
5. ಆಯುರ್ವೇದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )
6. ವನಸ್ಪತಿ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ( )

7. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ( )

8. ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕೂದಲು ಉದುರುವಿಕೆ ( )

9. ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದರೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಶಾಖ್ ಕೊಡುವುದು ( )

10. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಗಂಡಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಇದೆ ( )

11. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ರೋಗಕ್ಕಿಂತ ತುಂಬಾ ಕೀಳು ( )

12. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಾಬರಿ-ಭಯ ( )

13. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು ( )

14. ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು ( )

15. ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಬರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು ( )

ಮನೋಭಾವ

16. ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ( )

17. ಧರ್ಮಾಚರಣೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೋಗಲಾಡಿಸಬಹುದು ( )

18. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬರುವುದು ಹಿಂದಿನ ಜನ್ಮದ ಪಾಪದಿಂದ ( )

19. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ದೂರದಲ್ಲಿಡುವುದು ಸರಿ ( )

20. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಡಬೇಕು ( )

21. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತುಂಬಾ ವೆಚ್ಚದಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ ( )

22. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಶ್ರೀಮಂತರ ಖಾಯಿಲೆ ( )

23. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕಡಿಮೆ ( )

24. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ಅತ್ಯುನ್ನತ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಹೋಗಲಾಡಿಸಬಹುದು ( )

25. ಮ್ಯಾಜಿಕ್ ಮತ್ತು ವಿಚ್‌ಕ್ರಾಫ್ಟ್‌ನಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು ( )

26. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ( )

27. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗೆ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಿಂತ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ ಹೆಚ್ಚು ( )

28. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಒಂದು ಶಾಪಗ್ರಸ್ತ ರೋಗ ( )

29. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ ( )

30. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ( )

31. ಎಮೋಷನಲ್ ಸಪೋರ್ಟ್ ಇಲ್ಲದೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ( )

32. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಿಲ್ಲ ( )

33. ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ದೂರವಿಡಬೇಕು ( )

ಅಭ್ಯಾಸಕ್ರಮಗಳು (ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸ್)

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ದೂರವಿಡಬಹುದು.

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೀವನ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ( )
2. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದರಿಂದ ( )
3. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ( )
4. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳ ಜೊತೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ( )
5. ಕೆಮಿಕಲ್ ಬ್ಯೂಟಿ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು( )
6. ಧೂಮಪಾನ ಬಿಡುವುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ( )
7. ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದರಿಂದ ಮುಂದೆ ಬರಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ( )
8. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ತೋರಿಸುವುದು ( )

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರೀಕ್ಷೆ

9. ಮೆಮೋಗ್ರಫಿ ( )
10. ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೈರ್ ಟೆಸ್ಟ್ ( )
11. ಸ್ವಂತ ಬಾಯಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ( )
12. ಸ್ವಂತ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ ( )
13. ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೈರ್ ಟೆಸ್ಟ್ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ( )
14. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಗೆಡ್ಡೆ ಇರದಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಹತ್ತಿರ ಹೋಗುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ ( )
15. ನೋವು ಕಾಣಿಸಿದ ಹೊರತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತಿಸುವಂತಿಲ್ಲ ( )
16. ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವುದು ನಮಗೆ ತುಂಬಾ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ನೋವಾಗುತ್ತದೆ. ( )
17. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಎಂದರೆ ನನಗೆ ಭಯ ( )

18. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಪ್ರಾರ್ಥನೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು ( )

19. ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಲಹೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ ( )

20. ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ಕೊಡುತ್ತೇನೆ ( )

21. ನಾನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ( )

22. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗ ಬರದಂತೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸುತ್ತೇನೆ ( )

ಅನುಬಂಧ ನಾಲ್ಕು

ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದಾಗ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಮಟ್ಟ ಗ್ರಹಿಸುವುದು

1. ಅಧಿಕ ಒತ್ತಡ, 2. ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ 3. ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

1. ರೋಗದ ತೀವ್ರತೆ ಕಾರಣ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ( )
2. ಯಾವಾಗ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ( )
3. ಬೇಕಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ( )
4. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು ಮತ್ತು ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶ ಏನು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರುವುದು. ( )
5. ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಗೆ ಬದಲಾಗಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗೆ ಸೂಚಿಸುವುದು. ( )
6. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಾರದಿರುವುದು ( )
7. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ವಾಸಸ್ಥಳದಿಂದ ದೂರವಿರುವ ಕಾರಣ ( )
8. ಕಾಯಿಲೆ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. ( )
9. ತುಂಬ ಚಳಿ ಅಥವಾ ತುಂಬಾ ಸೆಕೆ ಇರುವ ವಾತಾವರಣದ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ( )
10. ರುಚಿ ಇಲ್ಲದ ಅಥವಾ ತಣ್ಣಗಾದ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವುದು. ( )
11. ರೋಗದ ಕಾರಣವನ್ನು ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವುದು. ( )

ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಬಂಧ

12. ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದ್ದಾಗ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು. ( )
13. ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದ್ದಾಗ ವೈದ್ಯರು ಬಂದು ಎಬ್ಬಿಸುವುದು. ( )

14. ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಸೇರಿದಂತೆ, ಅಪರಿಚಿತ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಆರೈಕೆ ( )

15. ವಾರ್ಡನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆತುರ ಮಾಡುವುದು. ( )

16. ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ಉತ್ತರಿಸದೇ ಇರುವುದು. ( )

17. ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಕರು ಅರ್ಥವಾಗದ ಪದಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಮಾತನಾಡುವುದು. ( )

18. ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಾಗ ನೋವುನಿವಾರಕ ಔಷಧ ಲಭ್ಯವಾಗದಿರುವುದು. ( )

ವಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರ

19. ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಅದೇ ರೂಮಿನಲ್ಲಿ ಅಪರಿಚಿತರು ಮಲಗಿರುವುದು. ( )

20. ಅಪರಿಚಿತ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗುವುದು. ( )

21. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು ( )

22. ಸ್ನಾನ ಮಾಡಲು ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗಿರುವುದು ( )

23. ಇಡೀ ದಿನ ಅದೇ ರೂಮು, ಅದೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ( )

24. ಪಕ್ಕದ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೀರ್ವರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿ ಇರುವುದು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಆತ/ಆಕೆ ಮಾತನಾಡಲಾಗದೆ ಇರುವುದು ( )

25. ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಕರು ಬರುವುದು. ( )

26. ನಿಮ್ಮ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನಲ್ಲಿ ಅಸಾಧ್ಯವಾದ ವಾಸನೆಗಳು ಅರಿವಾಗುತ್ತಿರುವುದು. ( )

27. ಪಕ್ಕದ ರೋಗಿಯು ಸ್ನೇಹ ಪರವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ( )

28. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಖರ್ಚಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದಷ್ಟು ಹಣ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. ( )

ರೋಗದಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಉದ್ಭವ

29. ಬೆಡ್‌ಪ್ಯಾನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ. ( )

30. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರ ಹೋದ ನಂತರ ಇತರರು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನನ್ನು ಕಾಣ ಬಹುದು ಎಂಬಕಲ್ಪನೆ. ( )

31. ತಪಾಸಣಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇವುಗಳ ಕಾರಣ ನೋವು ಬರಬಹುದು ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆ. ( )

32. ಔಷಧಿ ಸೇವನೆ ನಿಮಗೆ ಅಹಿತವೆನಿಸುವುದು ( )

33. ರೋಗದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕೆಲಸ/ಆದಾಯ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಂತೆ ( )

34. ಔಷಧಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ. ( )

35. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿದು ಬರುವುದು. ( )

36. ಏಕಾ ಏಕಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದದ್ದು. ( )

37. ನಳಿಕೆ ಮುಖಾಂತರ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದು ( )

38. ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸಿದರೂ ನೋವು ನಿವಾರಣೆಯಾಗದಿರುವುದು ( )

39. ಕಿವುಡನಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆತಂಕ ( )

40. ದೇಹದ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಅಂಗ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಚಿಂತೆ. ( )

41. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಂದಿರಬಹುದೆಂಬ ಚಿಂತೆ ( )

42. ಅಪರಿಚಿತ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಸುತ್ತಮುತ್ತ ಇರುವುದು. ( )

43. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನಿಮ್ಮಿಂದ ದೂರವಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತೆ ( )

44. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಾರಂಭಗಳು/ರಜಾ ದಿನಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ( )

ಅನುಬಂಧ ಐದು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹೊರೆ

1. ತೀವ್ರ ಹೊರೆ. 2. ಮಧ್ಯಮ ಹೊರೆ. 3.ಯಾವುದೇ ಹೊರೆ ಇಲ್ಲ.

1. ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ :

1. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿಯಬೇಕಾದ ಸಲುವಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಕೆಲಸವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗದೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ವೇತನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಯಾವ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಮೇಲೆ ಇದು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ?

   (   )

2. ಅನಾರೋಗ್ಯ ಉಂಟಾದ ಕಾರಣ ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಾಟಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮತ್ತಿತರ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಲಾದೆಯೇ? ಇದು ಹೇಗೆ ಕುಟುಂಬ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದೆ? (   )

3. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಆದ ವೆಚ್ಚ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ; ಇನ್ನಾವುದೇ ಸಂಬಂಧಿಕರು ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುವುದು; ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ದಾದಿ ಅಥವಾ ಸೇವಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು; ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು) ಇವುಗಳು ಹೇಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿವೆ?

   (   )

4. ಮಾಡಲಾದ ಸಾಲಗಳು ಮತ್ತು ಉಳಿತಾಯಗಳು, ಮಾಡಿದ ಸಾಲಗಳ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಸಾಲ ವಾಪಸಾತಿ ಮಾಡಲು ಏನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ? ಉಳಿತಾಯದಿಂದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಯಾವುದಕ್ಕಾಗಿ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ? ಇವುಗಳು ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬೀರಿದ ಪರಿಣಾಮಗಳೇನು?

   (   )

5. ರೋಗಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇನ್ನು ಯಾವುದೇ ಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ? (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಮದುವೆ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಯಾಣ) ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬಿದ್ದ ಹೊರೆ ಏನು?( )

II. ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ :

6. ರೋಗಿಯು ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಇವುಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಹೇಗೆ ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗಿದೆ? ( )

7. ರೋಗಿಯು ಮನೆಯ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲವಾದ ಕಾರಣ, ಈ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಉಂಟಾದ ಪ್ರಭಾವವೇನು? ಎಷ್ಟು?

( )

8. ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆ ಕಾರಣ, ಸಮಯ ಮೀಸಲಿಡಬೇಕಾದ ನಿತ್ಯದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಕಾರಣ, ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಕು ಉಂಟಾಗಿರುವುದೇ? ಹೀಗಿದ್ದರೆ, ಇದರಿಂದ ಉಂಟಾಗಿರುವ ತೊಂದರೆ ಏನು? ( )

9. ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳು (ರೋಗಿ ತನ್ನೊಂದಿಗಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸದಾ ತನ್ನೊಂದಿಗೇ ಇರಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುವುದು; ರೋಗಿಯು ತಾನೂ ಸುಮ್ಮನೆ ನಿದ್ರಿಸದೆ ಬೇರೆಯವರನ್ನೂ ನಿದ್ರಿಸಲು ಬಿಡದೆ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಒಡೆಯುವ ಮೂಲಕ ಹಿಂಸಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು) ಇವುಗಳು ಈ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಬೀರಿರುವ ಪ್ರಭಾವವೇನು? ( )

10. ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ ಕಾರಣ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗುವಲ್ಲಿ, ಊಟೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗಿದೆಯೇ?

( )

11. ರೋಗಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದ ಸಂಧರ್ಭಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ರೋಗಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ವಿರಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆಗಿವೆಯೇ, ಅವುಗಳು ನಿಂತುಹೋಗಿವೆಯೇ? ( )

12. ಕುಟುಂಬದ ಮನರಂಜನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ, ಭಾಗಶಃ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿವೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಹೇಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತಾರೆ?

( )

13. ರೋಗಿಯ ಕಾಯಿಲೆಯು ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ರಜೆ ಮತ್ತು ಬಿಡುವಿನ ಸಮಯವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಇದರಿಂದ ಹೇಗೆ ತೊಂದರೆ ಗೀಡಾಗಿದ್ದಾರೆ?

( )

14. ಕುಟುಂಬದ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಹಬ್ಬ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ವಿರಾಮದ ಪ್ರವಾಸ ಇತ್ಯಾದಿ ರೋಗಿಯ ರೋಗಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕೈಬಿಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಇದರಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಏನನಿಸುತ್ತದೆ? ( )

III. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ತೊಂದರೆಗಳು

15. ರೋಗಿಯ ರೋಗ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾತಾವರಣದ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಿದೆಯೆ? (ವಾತಾವರಣವು ಮಂದವಾಗಿದೆಯೇ, ಬಹಳಷ್ಟು ಪರಸ್ಪರ ಅಪಾರ್ಥಗಳಿಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿದೆಯೇ) ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಏನು? ( )

16. ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ಈ ಕುರಿತಾಗಿ ಪರಸ್ಪರ ವಾಗ್ವಾದದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ್ದಾರೆಯೇ? (ಉದಾಹರಣೆಗೆ; ರೋಗಿಯನ್ನು ಯಾರು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ವೆಚ್ಚ ಯಾರು ಭರಿಸಬೇಕು, ಯಾರು ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು, ಯಾರಿಗೆ ಇದರ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕು. ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಯಾರನ್ನು ಬೈಯಬೇಕು ಇತ್ಯಾದಿ) ಇವುಗಳು ಹೇಗೆ ಪರಿಣಾಮಬೀರಿವೆ? ( )

17. ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ರೋಗ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನೋಡಿ, ಅಥವಾ ರೋಗಭಯದಿಂದಾಗಿ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಅಥವಾ ನೆರೆಹೊರೆಯವರು ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಭೇಟಿಮಾಡುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಭೇಟಿಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ದ್ದಾರೆಯೇ? ( )

18. ಕುಟುಂಬವು ಬೇರೆಯವರಿಂದ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ? ಅವಮಾನವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಕಾರಣ; ಭಯದ ಕಾರಣ; ಇತರರು ತಪ್ಪು ತಿಳಿದಾರು ಎಂಬ ಕಾರಣ ಗಳಿಂದಾಗಿ ಬೇರೆಯವರು ಕುಟುಂಬದವರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆಯಲು ಹಿಂಜರಿಯು ತ್ತಾರೆಯೇ? ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಏನನಿಸುತ್ತದೆ? ( )

19. ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ಅಥವಾ ಹೊರಗಿನ ಸಂಬಂಧಗಳು ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ನೆರೆಹೊರೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಗಳು ಹದಗೆಟ್ಟಿವೆಯೇ? (ಉದಾಹರಣೆಗೆ : ಸಂಗಾತಿಯ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗುವುದು; ಎರಡು ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ಜಗಳ; ಆಸ್ತಿಹಕ್ಕಿನ ಜಗಳ; ಪೋಲೀಸರ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ; ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮುಜುಗರ ಇತ್ಯಾದಿ) ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಏನು? ( )

IV. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

20. ರೋಗಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮ ದೈಹಿಕ ತೂಕವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಿದೆಯೇ? ಅಥವಾ ಈಗಾಗಲೇ ಇದ್ದ ಖಾಯಿಲೆಯು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿದೆಯೇ? ( )

21. ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಗಾಯಗೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಇದು ಎಲ್ಲರ ಮೇಲೆ ಹೇಗೆ ಪ್ರಭಾವಬೀರಿದೆ? ( )

22. ರೋಗಿಯು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯ ಪ್ರಯತ್ನ ಕಾರಣ, ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಅವಿಧೇಯತೆಯ ಕಾರಣ, ಭವಿಷ್ಯದ ಕುರಿತಾಗಿ ಚಿಂತೆಯ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವು ದಾದರೂ ಸದಸ್ಯರು ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ತಜ್ಞರ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಇದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಏನು? ( )

23. ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸದಸ್ಯರು ತಮ್ಮ ನಿದ್ರೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಅಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪಿ, ಕಿರಿಕಿರಿಯಿಂದಾಗಿ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯ ಬಯಕೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಇವುಗಳ ತೀವ್ರತೆ ಏನು? ( )

V- ಇತರೆ

24. ಕೊನೆಯದಾಗಿ, ನಾವು ಇಲ್ಲಿ ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟು, ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಮಸ್ಯೆ ಅಥವಾ ಹೊರೆಯನ್ನು ನೀವು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದಾದರೆ, ಅದು ಏನು? ಅದು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಹೇಗೆಲ್ಲಾ ಕೆಟ್ಟಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಳ್ಳಿದೆ? ( )

ಅನುಬಂಧ ಆರು

ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಕುಟುಂಬಗಳು)

ಈ ಕೆಳಗೆ ಕೆಲವು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಇವೆ. ಇವು ಭಾವನೆಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅನುಭವಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ. ಅವರ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಸಂಬಂಧಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅಥವಾ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅನೇಕರಿಗೆ ಇವು ಸಂಭವಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹೇಳಿಕೆಗೆ ಮೂರು ಸಂಭಾವ್ಯ ಉತ್ತರಗಳು ಇವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹೇಳಿಕೆಗೆ ಉತ್ತರ ಏನೆಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿರಿ. ಮೂರು ಉತ್ತರಗಳು ಹೀಗಿವೆ.

1. ಹೌದು 2. ಇಲ್ಲ 3. ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ

1. ನನಗೆ ಬೇಕಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ನೀಡುತ್ತದೆ. ( )
2. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಒಳಿತಿಗಾಗಿ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬ ಒಳ್ಳೆಯ ಉಪಾಯಗಳು ನನಗೆ ಹೊಳೆದಿವೆ ( )
3. ನನಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ ( )
4. ನನಗೆ ಆತ್ಮೀಯವಾದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಮನಬಿಚ್ಚಿ ಮಾತನಾಡಿದಾಗ ಹಾಗೆ ಮಾಡುವುದು ಅವರಿಗೆ ಅನಾನುಕೂಲ ವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬರುತ್ತದೆ. ( )
5. ನನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅರ್ಶಿಸುತ್ತಾರೆ. ( )
6. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಬಹುತೇಕ ಆಸಕ್ತಿ ವಿಷಯಗಳಕುರಿತು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ( )
7. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಕೆಲವು ಸದಸ್ಯರು ಅವರುಗಳಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒದಗಿದಾಗ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಸಲಹೆ ಬೇಕೆನಿಸಿದಾಗ ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ( )

8. ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ. ( )

9. ನನಗೆ ಬೇಜಾರಾದಾಗ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆ ಹೇಳಿಕೊಂಡ ನಂತರವು ಅದು ಅಪಹಾಸ್ಯವೆನಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ( )

10. ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತುನನ್ನ ಕುಟುಂಬ ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ( )

11. ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆ ಅರಿವು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಇದೆ. ( )

12. ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ( )

13. ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ( )

14. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅನೇಕ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ ( )

15. ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಒಳ್ಳೊಳ್ಳೆಯ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ( )

16. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಂಡಾಗ ಅದು ನನಗೆ ಅಹಿತಕರ ಎನಿಸುತ್ತದೆ. ( )

17. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನ ಒಡನಾಟದಿಂದ ದೂರ ಇರಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ( )

18. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಲ್ಲೆ ಎಂದು ನಾನು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ. ( )

19. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆಯವರು ಹೊಂದಿರುವಷ್ಟು ಆತ್ಮೀಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಯಾವೊಬ್ಬ ಸದಸ್ಯನೊಂದಿಗೂ ನಾನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ( )

20. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ಇನ್ನೂ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕೆಂದು ನಾನು ಆಶಿಸುತ್ತೇನೆ. ( )

ಅನುಬಂಧ ಏಳು

ಗ್ರಹಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಸೂಚ್ಯಂಕ (ಸ್ನೇಹಿತರು)

1. ನನಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ನೈತಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ( )
2. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹುತೇಕರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅನ್ಯೋನ್ಯವಾಗಿದ್ದಾರೆ ( )
3. ನನ್ನ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ ( )
4. ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದಾಗ/ಸಲಹೆಗಳು ಬೇಕೆಂದಾಗ ಕೆಲವು ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನೆಡೆಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ ( )
5. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬ ಅಥವಾ ಕೆಲವರು ನನ್ನೆಡೆಗೆ ಅಸಮಧಾನ ಹೊಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಾಗ ಯಾರಿಗೂ ಹೇಳದೆ ಸುಮ್ಮನಿರುತ್ತೇನೆ. ( )
6. ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದೇನೆ. ( )
7. ಸ್ನೇಹಿತರ ಗುಂಪಿನಿಂದ ದೂರ ಸರಿಯುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. ( )
8. ನನಗೆ ಬೇಜಾರಾದಾಗ ಅದನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲು ಸ್ನೇಹಿತರಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೆ ಹೇಳಿಕೊಂಡನಂತರವು ಅದು ಅಪಹಾಸ್ಯ ಎನಿಸುವುದಿಲ್ಲ ( )
9. ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತು ನಾನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಆಲೋಚಿಸುವ ರೀತಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ ( )
10. ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಬೇಕು ಬೇಡಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆಯು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಇದೆ. ( )
11. ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ( )
12. ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ ( )
13. ನನ್ನ ಅನೇಕ ಸ್ನೇಹಿತರೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆಳವಾದ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ. ( )

14. ನನಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಒಳ್ಳೆಯದನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು
ಕುರಿತು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಒಳೊಳ್ಳೆಯ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ( )

15. ಸ್ನೇಹಿತರಲ್ಲಿ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ನನಗೆ ಅಹಿತ ಎನಿಸುತ್ತದೆ. ( )

16. ನಾನು ಸದಾ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ ( )

17. ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದ ಸಹಾಯವನ್ನು
ಒದಗಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಎಂದು ನನಗೆ ಅನಿಸುತ್ತದೆ. ( )

18. ನನ್ನ ಒಬ್ಬ ಸ್ನೇಹಿತನೊಂದಿಗೆ ಬೇರೆ ಜನರು ಹೊಂದಿರುವಷ್ಟು ಆತ್ಮೀಯ
ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ( )

19. ಒಬ್ಬ ಸ್ನೇಹಿತನಿಗಾಗಿ ಏನನ್ನಾದರೂ ಮಾಡಲೇಬೇಕು ಎಂಬ ಉಪಾಯ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ
ನನಗೆ ಹೊಳೆದಿದೆ ( )

20. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರು ಹೀಗಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ( )

ಅನುಬಂಧ ಎಂಟು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

1.ಹೌದು, 2.ಇಲ್ಲ, 3.ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ

ನಿಮ್ಮ ಬಾಯಿ ಮಾತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮರು ನೆನಪು ಮಾಡಿಕೊಂಡ ತಾವು ಬಹುಮುಖ್ಯರು ಎಂದು ಭಾವಿಸಿರುವ ಕೆಲವು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ನಿಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆ ಕುರಿತು ನೀಡಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿವೆ. ಕಳೆದ ಏಳು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಈ ಹೇಳಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ನಿಜವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ.

ಭೌತಿಕ ದೇಹಾರೋಗ್ಯ (ಕಳೆದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ)

1. ನನಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಶಕ್ತಿ ಚೈತನ್ಯ ಇದೆ ( )
2. ನಾನು ಅಶ್ವಸ್ಥತೆ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ. ( )
3. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಲ್ಲಿ ನನಗೆ ತೊಂದರೆ ಇದೆ ( )
4. ನನಗೆ ನೋವು ಇದೆ ( )
5. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಕುರಿತು ಚಿಂತೆ ಇದೆ ( )
6. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾನು ರೋಗಿಯಂತೆ ಕಾಣುತ್ತೇನೆ ( )
7. ನಾನು ಬಲವಂತವಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಎದ್ದು ಕಾಲ ತಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ( )

ಸಾಮಾಜಿಕ /ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸೌಖ್ಯ (ಕಳೆದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ)

8. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ದೂರವಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ನನಗೆ ಇದೆ. ( )
9. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತನಿಂದ ನಾನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೇನೆ. ( )
10. ನನ್ನ ಸ್ನೇಹಿತರಿಂದ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತೇನೆ. ( )
11. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬವು ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದೆ. ( )

12. ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಸಂವಾಹನವು ಬಹಳ ಕಳಪೆಯಾಗಿದೆ.
(ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿರುವ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ
ದಯವಿಟ್ಟು 13 ಮತ್ತು 14ನೇಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಿರಿ ಇಲ್ಲವಾದರೆ 15ಕ್ಕೆ ಹೋಗಿ) ( )

13. ನನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ನಾನು ಆತ್ಮೀಯತೆಯಿಂದ ಇದ್ದೇನೆ ಎನಿಸುತ್ತದೆ ( )

14. ನನ್ನ ಲೈಂಗಿಕ ಜೀವನದ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆ. ( )

15. ನನಗೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಾಸ ಇದೆ ( )

16. ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಾರೆ ( )

ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯ

17. ನಾನು ದುಃಖ ಅನುಭವಿಸಿದೆ. ( )

18. ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಹೊರಬಂದ ರೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಹೆಮ್ಮೆಪಡುತ್ತೇನೆ ( )

19. ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿರುದ್ಧದ ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎನಿಸುತ್ತದೆ ( )

20. ನಾನು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಗಾಗಿದ್ದೇನೆ ( )

21. ಸಾವಿನ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಚಿಂತಿತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ( )

ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸೌಖ್ಯ

22. (ಕೆಲಸಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥನಿದ್ದೇನೆ. (ಮನೆಯೊಳಗಿನ ಕೆಲಸಗಳು ಸೇರಿದ್ದಂತೆ) ( )

23. ನನ್ನ ಕೆಲಸ (ಮನೆಯೊಳಗಿನ ಕೆಲಸಗಳು ಸೇರಿದ್ದಂತೆ) ಪೂರೈಸಲಾಗಿದೆ ( )

24. ಅನುಕ್ಷಣದ ಜೀವನವನ್ನು ನಾನು ಅನುಭವಿಸಲು (ಶಕ್ತ)ಸಮರ್ಥನಿದ್ದೇನೆ ( )

25. ನನ್ನ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ( )

26. ನಾನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ( )

27. ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಬಿಡುವಿನ ವೇಳೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ( )
ಇಲ್ಲಿರುವ ನನ್ನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿಇದೆ. ( )

ಅನುಬಂಧ ಒಂಬತ್ತು

ತಿಳಿವಳಿಕೆ : 1. ಇದೆ ; 2. ಇಲ್ಲ.

ಉಪಯೋಗ : 1. ತುಂಬಾ ಇದೆ; 2. ಕಡಿಮೆ ಇದೆ; 3. ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ.

1. ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
2. ನೊಂದಣಿ ವಿಭಾಗದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
3. ಹೊರ ರೋಗಿಗಳ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
4. ವಾರ್ಡ್ ಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
5. ಶಾಂತಿಧಾಮ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
6. ರಕ್ತ ನಿಧಿ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
7. ದೈನಂದಿನ ಕಷ್ಟ ಸುಖಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆ( ) ( )
8. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಭಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
9. ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗದಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
10. ಸೂಚನಾ ಫಲಕದ ವರ್ತಮಾನದ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
11. ರೋಗಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿಯುವ ಸುದ್ಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
12. ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಂದ ಸಿಗುವ ಸುದ್ಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
13. ಇತರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಗುವ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
14. ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )
15. ಕುಟುಂಬದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ. ( ) ( )
16. ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚನೆ ( ) ( )
17. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚ ಉಚಿತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ( ) ( )

18. ಉಚಿತ ಔಷಧದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
19. ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿ ಪರಿಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
20. ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿ ಪರಿಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
21. ಇತರೆ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಬೆಂಬಲದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
22. ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
23. ರೈಲು ಪ್ರಯಾಣದ ವಿನಾಯತಿ ಸೌಲಭ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
24. ಮನಶಾಸ್ತ್ರದ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
25. ವಾಕ್ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಸೇವೆಯ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
26. ಭೌತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
27. ಧರ್ಮಶಾಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
28. ಉಚಿತ ವಸತಿ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
29. ಉಚಿತ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
30. ಆಧ್ಯಾತ್ಮಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )
31. ಮನರಂಜನಾ ಕಾರ್ಯುಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ	( )	( )

ಕಿದ್ವಾಯಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು









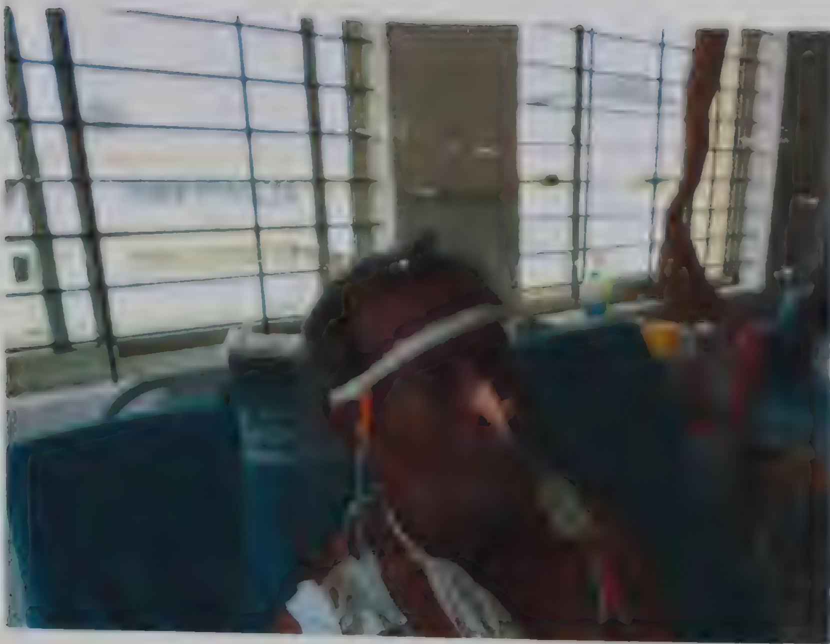
ವಿವಿಧ ಬಾಯಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು

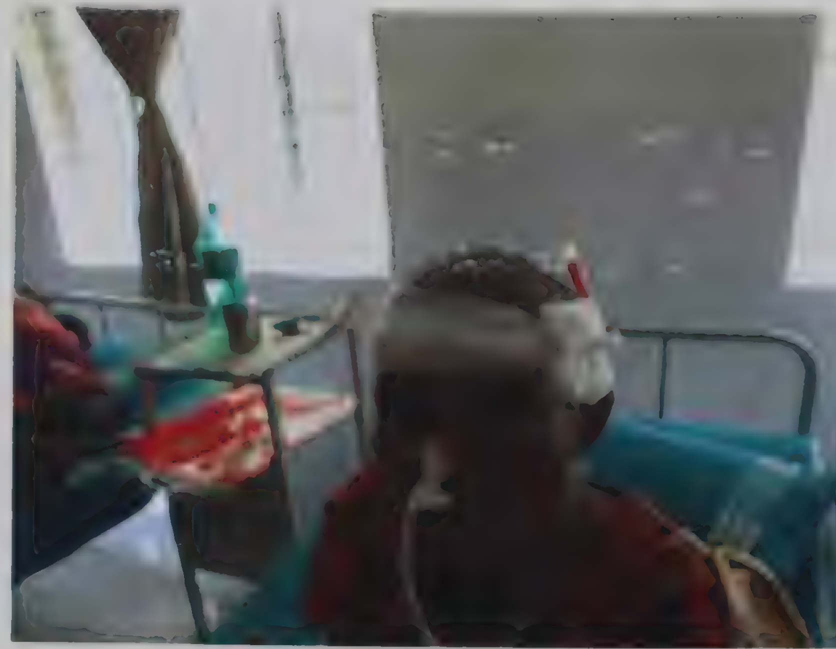












ಶಿರ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳು



ಜಿ. ಐ. ಟಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿ



ಸ್ಥನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿ













ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಕ್ಕೊಳಗಾದ ರೋಗಿಗಳು



ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ



ಗುಂಪು ಸಮಾಲೋಚನೆ









ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು



ಉಚಿತ ಆಹಾರ



ಉಚಿತ ವಸತಿ



ಸರ್ಕಾರದ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯೋಜನೆಗಳು



ಸರ್ಕಾರದ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯೋಜನೆಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲ

ಮಾನವಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ